VOL. 29 N.º 3

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

SETEMBRO DE 1954

DIREÇÃO

Diretor: ANTAR PADILHA GONÇALVES, Rio de Janeiro
Redator-chefe: F. E. RABELLO, Rio de Janeiro
Redator-secretário: CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS, Rio de Janeiro

REDAÇÃO

ENNIO CAMPOS, Rio Grande do Sul
H. CERRUTI, São Paulo
OSWALDO G. COSTA, Minas Gerais

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

*ACNOMEL e PRAGMATAR ESKAY — Marcas Registradas

PRAGMATAR ESKAY*

contra erupções
eczematosas
rebeldes

Fórmula:

Ressorcina 2% e enxôfre 8%, em veículo isento de gordura, na tonalidade natural da pele.

Fórmula:

Destilado de álcool cetílico . . . 'coal tar' 4%, enxôfre semicoloidal 3%, ácido salicílico 3% . . . incorporados em veículo-base especial, solúvel em água.

SMITH KLINE & FRENCH INTER-AMERICAN CORPORATION

Representantes no Brasil: Companhia Industrial Farmacêutica, Caixa Postal 3786, Rio de Janeiro.

ALERGIA

QUANDO A PELE É O ÓRGÃO
FINAL DA REAÇÃO ALÉRGICA

Piribenzamina

PIRIBENZAMINA nas dermatoses alérgicas

"... proporciona bons resultados em elevada porcentagem de casos ..." [1]

- Quando a pele constitui o órgão final da reação alérgica, a Piribenzamina domina amplamente os sintomas das dermatoses consecutivas[2].

- No tratamento de muitas dermatoses, tais como urticária, dermatite atópica, reações cutaneas medicamentosas ou prurido anal e vulvar, as lesões regridem mais ràpidamente quando, em complemento à terapêutica local rotineira, se administra a Piribenzamina por via oral[3].

- Com o emprêgo da Piribenzamina, quase todos os doentes com urticária aguda são aliviados, e dois terços dos casos crônicos, beneficiados[4].

- A Piribenzamina faz com que desapareça também o prurido em muitas dermatoses, cuja origem alérgica é incerta; o alívio dêste desagradável sintoma facilita o processo da cura, por eliminar a comichão[5].

- Em uso tópico, a Piribenzamina exerce ação fungicida direta no tratamento do pé de atleta e de epidermofícias[6]; admite-se ainda, nos eczemas, um efeito antagônico ao da hialuronidase, responsável pela formação da espongiose[7].

1 **Feinberg** e **Friedlaender**: Am. J. Med. Sciences 213 : 58, 1947.
2 **Arbesman**: J. of Allergy 19 : 178, 1948.
3 **Morrow**: Calif. Med. 69 : 22, 1948.
4 **Osborne** e col.: Arch. Derm. & Syph. 55 : 309, 1947.
5 **Feinberg** e **Bernstein**: J. A. M. A. 134:874, 1947.
6 **Carson** e col.: Science 111 : 689, 1950.
7 **Niemeyer**: A Fôlha Médica 31 : 171, 1950.

COMPRIMIDOS de 50 mg
Vidros com 20, 50 e 250 comprimidos
ELIXIR (1 cm³ = 5 mg)
Vidros com 100 cm³
POMADA a 2 %
Bisnagas com 20 g

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

305143

GRÁFICOS BLOCH S. A. - RIO

BRISTACICLINA

(TETRACICLINA BRISTOL)

* Mais largo espectro
* Menor incidência de reações colaterais
* Mais rápida absorção
* Maior concentração sanguínea e liquórica
* Grande maleabilidade das dosagens
* Grande estabilidade do produto

INFECÇÕES POR: Bactérias gram-positivas e gram-negativas — Vírus — Espiroquetas — Protozoários — Ricketsias.

APRESENTAÇÃO — Frasco de 8 e 16 caps. de 250 mg.
— Frasco de 25 caps. de 100 mg.
— **Suspensão contendo** 100 mg. por 5 cc.
— **Pomada Oftálmica** a 1% em tubos de 3,50 gr.

Rua João Alfredo 150 — Sto. Amaro (S. Paulo)

Bepantol

Vitamina do Complexo B indispensável ao funcionamento normal dos tecidos epiteliais, em particular da pele, das mucosas, do fígado e das suprarrenais.

Ampolas - Comprimidos - Solução
Pomada.

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³

A
"GLICOSE TORRES"
É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON
PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPRÊGO DA GLICOSE

Aminobis

CARBONATO DE BISMUTO EM SUSPENSÃO
AQUOSA COM AMINO-ÁCIDOS HEPÁTICOS
E VITAMINAS A e D

AMINOBIS ADULTO: 0,08 de Bi metal por empola
AMINOBIS INFANTIL: 0,05 de Bi metal por empola

—o—

POSOLOGIA:

ADULTOS : 2-3 injeções por semana em série de 24 injeções.
CRIANÇAS: de acordo com a tabela que acompanha a caixa de **Aminobis Infantil.**

Instituto Therapeutico "Scil" Ltda.

RUA FRANCISCO MURATORI, 55

TEL.: 42-6641

RIO

NAS QUEIMADURAS

EMULTHIAZAMIDA

Emulsão de 149 RB, Uréia e Vitamina A

BACTERICIDA
ANALGÉSICA
QUERATOPLÁSTICA

Queimaduras de todos os graus
Radiodermites – Sicose
Escaras de decúbito
Ulcerações da pele e das mucosas
Abscessos – Fleimões – Adenites
Impetigem – Balanopostite

Tubo de 30 g
Pote de 1.500 g

ANTIMICÓTICO

MYCODECYL

Undecilenatos de zinco e de cálcio

Micoses dos espaços interdigitais
Micoses das pregas cutâneas
Intertrigem – Tricofícias
"Pityriasis versicolor"
Onicomicoses
Micoses eczematiformes

Tubo pulverizador de 10 g

COMPANHIA QUÍMICA
RHODIA BRASILEIRA
CAIXA POSTAL 8095 • SÃO PAULO, SP

R - 128 - 153

Penicilina aquosa de

ação rápida inicial
e duração
extremamente
prolongada ...

- Sífilis.
- Blenorragia aguda.
- Infecções das vias aéreas superiores e inferiores.
- Profilaxia da febre reumática.
- Infecções do trato uro-genital e renal, etc.
- Pré e Post operatório.

PENBENZIL

1.200.000 u. i.

COMPOSIÇÃO:

Dibenziletilenodiaminodipenicilina G. . .	600.000 u. I.
Penicilina G Procaína	300.000 u. I.
Penicilina G Potássica	300.000 u. I.

SANTO AMARO — S. PAULO

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 29 | SETEMBRO DE 1954 | N.º 3

Tratamento de doenças causadas por treponemas com uma combinação de três sais de penicilina. Base clínica e laboratorial para uma terapêutica eficaz

Charles R. Rein
e
Charles H. Mann,

em colaboração com

Edgar B. Ribas,
Kenneth R. Hill,
Dean F. Kroh
e
Francisco Marquez

Durante a última década, tem-se acumulado um número considerável de dados sôbre a eficácia da penicilina no tratamento das doenças causadas por treponemas. O fato de que a penicilina realmente influencia profundamente o curso dessas doenças está agora bem estabelecido. O progresso dos preparados para a absorção lenta da penicilina tornou possível uma forma terapêuticamente eficaz, simples, segura, barata e prática de tratamento de ambulatório.

Em 1948, Buckwalter e Dickison (1) obtiveram um veículo para a absorção lenta da penicilina, que consistia no mono-estearato de alumínio a 2%. A êste foi adicionada penicilina G procainada oleosa e verificou-se que uma simples injeção de 300.000 unidades desta mistura (PMA*), contida em 1 ml., dava uma concentração de 0,03 ou mais unidades de penicilina por ml. de sangue durante pelo menos 96 horas em 86,7% de 173 indivíduos (2). Em maio de 1948 foi iniciado um estudo no Hospital Bellevue, a fim de determinar-se a eficácia de um tratamento da sífilis recente com uma única injeção dêste preparado. Um relatório há pouco publicado (3), fornece os

---

Trabalho apresentado no 16.º Simpósio Anual sôbre Recentes Progressos no Estudo das Doenças Venéreas — (Washington — 29 a 30 de abril de 1945).

Charles R. Rein, do Departamento de Dermatologia e Sifilologia da New York University — Bellevue Post-Graduate Medical School (Catedrático — Dr. Marion B. Sulzberger) e do Skin and Cancer Unit of New York.
Charles H. Mann, do Bristol Laboratories Inc., New York.
Edgard B. Ribas, de Curitiba (Brasil).
Kenneth R. Hill, de Jamaica, B.W.I.
Dean F. Kroh, do Congo Belga, África.
Francisco Marquez, da Cidade do México, México.

(*) "Flo-Cillin 96" (marca registrada), que no Brasil é "Liquicilina". Esse estudo foi possível devido a um auxílio dos Laboratórios Bristol Ind., Syracuse, N. Y.

resultados obtidos numa série de 50 pacientes portadores de lesões primárias sôro-negativas e sôro-positivas e de 124 pacientes com sífilis secundária. Êsses pacientes foram observados clínica e sorològicamente, de nove meses a cinco anos. Dêsses estudos ficou evidenciado que uma única injeção de 4 ml. (1.200.000 unidades) de PMA é um método terapêutico satisfatório para sífilis primária sôro-negativa e sôro-positiva. Se se fizer um tratamento da sífilis secundária com uma só injeção, parece aconselhável dar-se 8 ml. (2.400.000 unidades) de PMA.

A penicilina, num veículo que lhe retarde a absorção, é do maior valor naqueles países sub-privilegiados em que a maioria dos pacientes afetados por doenças causadas por treponemas deva ser tratada no mais curto período de tempo, ambulatòriamente, em clínicas rurais. Não é prático, e é freqüentemente impossível, hospitalizar pacientes em virtude da falta de meios necessários. Os resultados obtidos com injeções únicas de PMA, no tratamento da framboésia (4), da pinta (5) e do bejel (6) têm sido excelentes.

Em 1951, Szabo, Edwards e Bruce (7) apresentaram um relatório sôbre um novo sal de penicilina — a N, N' dibenziletilenodiamina dipenicilina G*. Sua propriedade mais saliente é a muito baixa solubilidade na água. Êste novo preparado não só dispensou o emprêgo da cêra, de óleo e de compostos de alumínio, como também manteve os níveis sanguíneos da penicilina por períodos mais longos de tempo do que os obtidos com os veículos prèviamente empregados.

Smith e outros (8) relataram as respostas clínicas e sorológicas de uma série de 127 pacientes, portadores de sífilis primária e secundária, a uma única injeção de 2.500.000 unidades "Bicillin". Nos doze a quinze meses que se seguiram ao tratamento, a percentagem cumulativa de repetição do tratamento foi de apenas 5 % e a média de sôro-negativação foi de 90 %. Seus dados indicaram que uma injeção única de 2.500.000 unidades, desta nova penicilina de absorção lenta na sífilis recente infectante, produziu resultados iguais, senão superiores, àquêles obtidos pelos esquemas de tratamento até o momento aceitos.

Rein e outros (9) recentemente apresentaram um trabalho sôbre o valor de uma nova combinação de três sais de penicilina ** no tratamento das doenças causadas por treponemas. Uma dose única de 2 ml., numa suspensão aquosa, fornece 300.000 unidades de penicilina G potássica, 300.000 unidades de penicilina G procainada e 600.000 unidades de "Bicillin". Esta combinação foi concebida por Buckwalter, na suposição de que as variações de solubilidade de cada sal de penicilina, quando administrados numa única injeção intramuscular, deveriam fornecer uma alta concentração sanguínea inicial dentro de uma hora, devido à rápida solubilidade de absorção da peni-

(*) "Bicillin" — Laboratórios Wyeth (marca registrada).

(**) "Panbiotic" — Laboratórios Bristol (marca registrada). Semelhante ao "Penbenzyl", dos Laboratórios Bristol, do Brasil, e "Tribiocyl", em todos os outros países latino-americanos.

cilina G potássica, uma concentração sanguínea intermediária dentro de 24 a 36 horas, devido à menos solúvel penicilina G procainada, e, finalmente, uma concentração sanguínea prolongada por, no mínimo, quinze dias ou mais, na maioria dos pacientes, devida à relativa insolubilidade do componente "Bicillin". Um total de 94 pacientes, homens e mulheres, tomou parte nesta investigação preliminar. Determinações de análises microbiológicas indicaram que níveis sanguíneos mais altos e mais prolongados foram obtidos, com uma única injeção de 2 ml. dêste material, do que com uma única injeção de 4 ml. de PAM, embora ambos contenham 1.200.000 unidades de penicilina.

Três séries de pacientes receberam injeções únicas de 1 ml., 2 ml., e 4 ml. de "Panbiotic". Foram obtidos os seguintes resultados:

quadro 1 — registra a situação do paciente (ambulatório, acamado, etc.) o sexo, a raça, a idade e o pêso de treze pacientes, cada um injetado com uma única dose intramuscular (1cc.) de "Panbiotic". Foi determinada a concentração da penicilina no sôro às 0, 1, 3, 6, 96, 216, 264 e 360 horas;

quadro 2 — registra dados semelhantes aos acima apresentados em 50 pacientes, cada um injetado com uma única dose intramuscular (2cc.) de "Panbiotic". Foi determinada a concentração da penicilina no sôro às 0, 1, 3, 4, 6, 9, 12, 24, 48, 72, 96, 120, 144, 168, 192, 216, 240, 264, 288, 312 e 360 horas;

quadro 3 — fornece dados sôbre os pacientes, cada um injetado com uma única dose intramuscular (4 cc.) de "Panbiotic". Foi determinada a concentração da penicilina no sôro às 0, 1, 3, 6, 24, 94, 168, 216, 264 e 360 horas.

A figura 1 é uma apresentação composta semilogaritma que compara a média das concentrações de penicilina no sôro obtidas nos três grupos de pacientes que receberam injeções únicas, intramusculares, de 1 ml., 2 ml e 4 ml., respectivamente.

Como pode ser notado, os resultados acima apresentados, para doses de 1 ml. e 2 ml de "Panbiotic", são grandemente semelhantes. Isto confirma mais uma vez que simplesmente duplicar a dosagem de penicilina não implica um aumento importante da concentração de penicilina no sôro. Por outro lado, a dose de 4 ml. de "Panbiotic" fornece concentrações de penicilina no sôro que são pràticamente o dôbro das concentrações obtidas com as doses de 1 ml. e 2 ml.

RESULTADOS CLÍNICOS

Os resultados clínicos iniciais, obtidos com "Panbiotic", na sífilis, framboésia e pinta, são muito encorajadores.

Sífilis. — Ribas (10) e seus companheiros, no Brasil, trataram um total de 132 pacientes portadores de sífilis recente, dos quais 128 apresentavam sífilis secundária. Trinta e três pacientes não puderam ser acompanhados e 99 foram acompanhados clínica e sorològicamente até 20 meses, da seguinte maneira: exames com intervalos de 15 dias, durante os primeiros três meses, com intervalos de 30 dias do 4.º ao 6.º mês, e com intervalos de 60 dias de então por diante.

QUADRO 1

Concentrações de penicilina no sôro em 13 pacientes em seguida a uma única injeção intramuscular de 1 cc. de "Panbiotic"

N.º	CONDIÇÃO (1)	SEXO	CÔR	IDADE	PÊSO (libras)	0	1	3	6	1D 24	4D 96	9D 216	11D 264	15D 360
51	CR	M	B	67	150	Neg.	4.65	2.25	.72	.04	.04	—	.02	.02
52	A	M	P	39	150	»	3.00	2.10	.31	.11	.02	.02	00	00
53	A	M	B	62	170	»	2.80	.75	.41	.14	Paciente dispensado			
54	CR	M	B	32	150	»	1.80	.80	.29	.08	.01	—	—	—
55	A	M	B	13	110	»	2.40	1.00	.48	.07	.03	.02	.03	.02
56	AC	M	B	18	125	»	3.75	1.20	.43	.16	.03	—	—	—
57	CR	M	B	63	160	»	2.20	.70	.39	.07	.02	.02	00	00
58	A	M	B	49	147	»	2.00	1.00	.40	.05	Paciente dispensado			
59	A	M	B	59	165	»	6.50	3.70	1.15	.29	.10	.05	—	—
97	A	M	P	29	161	»	2.45	.95	.33	—	.02	—	—	—
99	AC	M	P	38	150	»	3.00	1.10	.35	—	00	—	—	—
100	AC	M	B	72	150	»	4.60	2.90	.76	—	.06	—	.05	—
101	A	M	B	39	165	»	1.90	1.05	.41	—	.02	—	—	—
MÉDIA							3.157	1.50	.495	.112	.032	.028	.017	.010

CONDIÇÃO (1)
A = Ambulatório
AC = Acamado
CR = Cadeira de rodas.

QUA

CONCENTRAÇÕES DE PENICILINA NO SÔRO, EM 50 PACIENTES EM SE

N.º	CONDIÇÃO (1)	SEXO	CÔR	IDADE	PÊSO (libras)	0	1	3	4	6	9	12
329	A	M	B	50	142	NR	—	—	0.74	—	—	.45
330	A	M	B	47	130	NR	—	—	1.05	—	—	.43
331	A	M	P	45	140	NR	—	—	0.64	—	—	.29
332	A	M	B	72	150	NR	—	—	1.15	—	—	.29
333	A	M	B	14	130	NR	—	—	0.50	—	—	.24
334	A	M	B	67	160	NR	—	—	1.25	—	—	.61
335	A	M	B	43	155	NR	—	—	1.05	—	—	.28
336	A	M	B	54	200	NR	—	—	1.00	—	—	.29
352	CR	M	B	33	167	NR	—	—	0.85	—	—	.18
353	A	M	B	62	146	NR	—	—	1.50	—	—	.38
354	A	M	P	58	172	NR	—	—	1.10	—	—	.30
355	A	M	P	32	137	NR	—	—	1.10	—	—	.20
356	A	M	P	52	146	NR	—	—	1.65	—	—	.50
357	CR	M	A	67	135	NR	—	—	1.80	—	—	.42
358	A	M	B	26	141	NR	—	—	1.00	—	—	.17
359	A	M	B	67	150	NR	—	—	1.50	—	—	.50
375	A	M	B	55	190	NR	—	—	0.83	—	—	.19
376	A	M	B	[illegible]	176	NR	—	—	0.26	—	—	.16
377	AC	M	B	48	210	NR	—	—	0.29	—	—	.13
378	A	M	B	59	160	NR	—	—	1.10	—	—	.27
379	CR	F	B	49	138	NR	—	—	0.77	—	—	.21
380	AC	F	B	[illegible]	180	NR	—	—	0.38	—	—	.30
381	AC	F	B	30	127	NR	—	—	0.40	—	—	.18
383	CR	M	P	53	150	NR	—	—	0.50	—	—	.10
384	A	M	B	54	155	NR	—	—	0.50	—	—	.15

N.º	CONDIÇÃO (1)	SEXO	CÔR	IDADE	PÊSO (libras)	0	1	3	4	6	9	12
382	A	M	B	46	157	NR	3.55	—	0.86	—	—	.29
386	A	M	P	51	148	NR	2.95	—	0.78	—	—	.50
387	A	M	B	42	130	NR	3.00	—	0.94	—	—	.45
388	A	M	B	80	195	NR	3.30	—	0.65	—	—	.48
389	A	M	P	30	158	NR	3.60	—	2.05	—	—	.16
390	A	M	B	57	140	NR	3.00	—	0.96	—	—	.19
18	A	M	B	57	139	NR	2.95	—	—	—	—	—
19	A	M	P	36	149	NR	2.55	—	—	—	—	—
20	A	M	B	55	158	NR	2.75	—	—	—	—	—
21	A	M	B	57	148	NR	2.90	—	—	—	—	—
22	CR	M	P	53	150	NR	2.55	—	—	—	—	—
31	CR	M	B	65	170	NR	2.50	—	—	—	—	—
33	A	F	P	31	157	NR	2.70	0.73	—	0.23	0.16	.10
34	A	F	B	63	172	NR	3.40	1.65	—	0.85	0.44	.31
36	CR	F	B	65	138	NR	3.50	1.55	—	0.73	0.27	.19
37	CR	F	B	80	146	NR	4.30	2.20	—	1.20	0.70	.50
39	CR	F	B	78	135	NR	4.60	2.90	—	1.70	1.05	.67
55	A	M	P	45	156	NR	3.85	1.60	—	0.38	0.29	.12
56	A	M	P	39	142	NR	3.85	1.90	—	0.46	0.24	.22
57	A	M	P	30	165	NR	3.85	1.45	—	0.52	0.42	.27
58	A	M	P	46	129	NR	3.50	1.50	—	0.38	0.23	.21
59	CR	M	B	56	149	NR	3.15	1.45	—	0.51	0.32	.15
60	AC	M	B	56	182	NR	0.50	0.20	—	0.10	0.07	.05
62	AC	M	P	28	150	NR	3.85	1.25	—	0.53	0.23	.16
63	CR	M	B	45	150	NR	2.95	1.15	—	0.37	0.19	.14
MÉDIA						NR	3.185	1.50	0.94	0.61	.362	.281

(1) CONDIÇÃO.
A = AMBULATÓRIO.
AC = ACAMADO.
CR = CADEIRA DE RODAS.
* HEMÓLISE.

QUADRO 2

SEGUIDA A UMA ÚNICA INJEÇÃO INTRAMUSCULAR DE 2 cc DE "PANBIOTIC"

1 D	2 D	3 D	4 D	5 D	6 D	7 D	8 D	9 D	10 D	11 D	12 D	13 D	15 D
24	48	72	96	120	144	168	192	216	240	264	288	312	360
.28	.06	.05	.03	.03	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.20	.08	.03	.03	.03	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.18	.08	.16	.05	.02	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.41	.27	.09	.08	.03	.05	—	—	—	—	—	—	—	—
.12	.03	.10	.02	.02	.00	—	—	—	—	—	—	—	—
.28	.12	.04	.08	.07	.04	—	—	—	—	—	—	—	—
.20	.15	.04	.02	.02	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.18	.07	.04	.04	.04	.C2	—	—	—	—	—	—	—	—
.12	.04	.03	.03	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.24	.10	.05	.04	.04	.04	—	—	—	—	—	—	—	—
.04	.07	.04	.03	.04	.04	—	—	—	—	—	—	—	—
.16	.07	.05	.03	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.17	.18	.10	.10	.04	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.36	.26	.10	.07	.10	.10	—	—	—	—	—	—	—	—
.14	.10	.07	.06	.03	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.17	.09	.08	.07	.08	.07	—	—	—	—	—	—	—	—
.22	—	.05	.02	.02	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.23	—	.03	.02	.04	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.18	—	.02	.04	.03	.02	—	—	—	—	—	—	—	—
.27	—	.04	.03	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.35	—	.05	.03	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.28	—	.05	.05	.05	.04	—	—	—	—	—	—	—	—
.10	—	.03	.00	.00	.00	—	—	—	—	—	—	—	—
.15	—	.00	.00	.00	.00	—	—	—	—	—	—	—	—
.17	—	.04	.04	.04	.04	.03	—	—	—	—	—	—	—

1 D	2 D	3 D	4 D	5 D	6 D	7 D	8 D	9 D	10 D	11 D	12 D	13 D	15 D
24	48	72	96	120	144	168	192	216	240	264	288	312	360
.21	.07	.05	.05	—	.04	.04	—	—	—	—	—	—	—
.10	.08	.03	.03	—	.00	.00	—	—	—	—	—	—	—
.22	.08	.05	.05	—	.07	—	—	—	—	—	—	—	—
.38	.15	.09	.06	—	.04	.05	—	—	—	—	—	—	—
.17	.07	.05	.05	—	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—
.09	.06	.06	.05	—	.03	.03	—	—	—	—	—	—	—
.14	—	—	.05	—	.04	.04	.05	.03	—	.02	—	.03	—
.14	—	—	.05	—	.03 *	.03	.04	.03	—	.03	—	—	—
.17	—	—	.05	—	.03 *	.03	.04	.02	—	.02	—	.00	—
.25	—	—	.08	—	.04	.04	.05	.03	—	—	—	—	—
.12	—	—	.04	—	.03	.03	.03	.02	.03	.03	—	.14	—
.15	—	—	.07	—	.04	.04	.03	—	.03	—	.04	—	—
—	—	—	.02	—	.03	.02	—	—	.02	.00	—	—	.00
—	—	—	.06	—	.07	.04	—	—	.03	.03	—	—	.02
—	—	—	.05	—	.05	.03	—	—	.00	.00	—	—	.00
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	.09	—	.12	.08	—	—	.10	.09	—	—	.10
—	—	—	.05	—	.04	—	.04	—	.04	—	.04	—	.03
—	—	—	.03	—	.03	—	.03	—	.03	—	.04	—	.00
—	—	—	.05	—	.05	—	.04	—	.05	—	.04	—	.03
—	—	—	.04	—	.02	—	.03	—	.02	—	.03	—	.00
—	—	—	.03	—	.03	—	.00	—	.03	—	.03	—	.03
—	—	—	.00	—	.00	—	.00	—	.00	—	.00	—	—
—	—	—	.03	—	.00 *	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	.03	—	.03	—	—	—	—	—	—	—	—
.198	.104	.055	.043	.036	.033	.035	.032	.026	.032	.028	.031	.056	.023

QUADRO 3

Concentrações de penicilina no sôro em 10 pacientes em seguida a uma única injeção intramuscular de 4 cc. de "Panbiotic"

N.º	CONDIÇÃO (1)	SEXO	CÔR	IDADE	PÊSO (libras)	0	1	3	6	ID 24	4D 96	7D 168	9D 216	11D 264	15D 360
81	A	F	P	64	125	Neg.	8.80	3.00	1.30	.43	.06	.06	—	.05	.04
88	A	F	B	40	119	»	6.90	—	—	.21	.12	.05	.05	.05	.04
90	A	F	P	34	155	»	6.00	3.15	.55	.09	.09	.05	.03	.03	.03
91	A	F	B	49	183	»	5.50	2.35	1.15	.18	.08	.05	.05	.03	.03
92	AC *	F	B	67	125	»	3.00	1.60	2.10	.33	.13	.07	.06	.08	.06
93	AC	F	B	53	160	»	4.20	2.25	.70	.16	.10	.06	.04	.03	.02
94	A	F	B	34	110	»	7.00	2.00	1.35	.41	.08	.06	.06	.08	—
95	A	F	B	56	96	»	10.00	3.80	.95	.40	.09	.09	.06	.07	.04
96	CR	F	B	56	185	»	7.00	2.00	1.00	.48	.09	.08	.07	.06	—
98	A	M	B	52	178	»	5.80	1.80	1.35	.34	.06	Paciente dispensado			
MÉDIA							6.420	2.439	1.161	.303	.090	.063	.053	.053	.037

CONDIÇÃO (1)
A = Ambulatório
AC = Acamado
CR = Cadeira de rodas.

COMPARAÇAO DAS CONCENTRAÇÕES DE PENICILINA DO SORO HUMANO EM INDIVIDUOS
INJETADOS COM "PANBIOTC" POR VIA INTRAMUSCULAR
Dose
Penicilina G. Potássica
Penicilina G. Novocainada
Penicilina G. Benzatina
Total de unidades
1 c.c. 150,000 U. 150,000 U. 300,000 U. 600,000
2 c.c. 300,000 U. 200,000 U. 600,000 U. 1,200,000
4 c.c. 600,000 U. 600,000 U. 1,200,000 U. 2,400,000
8.0 7.0 6.0 5.0 4.0 3.0 2.0 1.0 0.9 0.8 0.7 0.6 0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 0.09 0.08 0.07 0.06 0.05 0.04 0.03 0.02 0.01
1 3 6 15 24 30 60 90 96 120 150 168 180 210 216 240 264 270 300 330 360

Amostras de sôro foram obtidas antes do tratamento e nos intervalos, especificados acima, para exames qualitativos e quantitativos, com os testes de Kahn, VDRL, Mazzini e Kline-cardiolipina.

Quatro esquemas de tratamento foram empregados:

Grupo A: 49 pacientes receberam um total de 1.200.000 unidades de "Panbiotic", em 2 doses igualmente divididas com um intervalo de 10 dias;

Grupo B: 15 pacientes receberam um total de 1.200.000 unidades de "Panbiotic", numa injeção única;

Grupo C: 24 pacientes receberam um total de 2.400.000 unidades de "Panbiotic", em 2 doses igualmente divididas, com um intervalo de 5 dias;

Grupo D: 11 pacientes receberam um total de 2.400.000 unidades de "Panbiotic", numa injeção única.

Deve ser notado, no quadro 4, que 77 pacientes atingiram a sôro-negatividade e 17 outros pacientes apresentaram melhoria sorológica, ou seja um total de 94 pacientes (94,9 %) apresentou resultados satisfatórios. Os resultados clínicos e sorológicos pareceram melhores quando a penicilina foi administrada numa injeção única do que quando administrada em duas doses igualmente divididas, embora a dose total fôsse idêntica em ambos os grupos. Dois pacientes no grupo A apresentaram uma recidiva clínica.

Framboésia. — Numa comunicação pessoal recente, Hill (11) (Jamaica, Índias Ocidentais Britânicas), escreve que, em colaboração com os Drs. Sutherland, Aris e Mearns, um total de 336 pacientes portadores de framboésia foi tratado com uma única injeção de "Panbiotic". A dose administrada foi de 2 ml. (1.200.000 unidades), para os adultos, e apenas 1 ml. (600.000 unidades), para crianças de menos de 5 anos de idade. Todos os observadores se mostraram entusiasmados com os resultados clínicos do tratamento da framboésia com uma única injeção de "Panbiotic". A cura das lesões recentes foi espetacular e ocorreu dentro de uma a quatro semanas. Até esta data, não se observou nenhuma recidiva.

QUADRO 4

Resultados sorológicos na sífilis recente após o tratamento com "Panbiotic"

	GRUPOS				
	A	B	C	D	Total
Cura sorológica	39	11	18	9	77
Melhora sorológica	9	2	4	2	17
Resistência sorológica	1	0	1	0	2
Recidiva sorológica	0	2	1	0	3
TOTAL	49	15	24	11	99

Uma comunicação pessoal de Kroh (12), do Congo Belga, informa sôbre 86 pacientes portadores de framboésia, tratados com "Panbiotic". As doses foram uma única injeção de 4 ml. (2.400.000 unidades), para adultos, e uma única injeção de 2 ml. (1.200.000 unidades), para crianças. Em todos os casos tratados não se verificou nenhuma reação alérgica local ou generalizada. Grandes lesões múltiplas de framboésia em 5 a 7 dias cicatrizaram com o uso da "Panbiotic". A cicatrização obtida com o "Panbiotic" foi muito mais rápida do que com os outros preparados de penicilina até então empregados. Até hoje não se verificou nenhuma recidiva.

Pinta. — Uma comunicação pessoal de Marquez (13), do México, se refere a 92 pacientes portadores de pinta tratados com uma injeção única de "Panbiotic" na dose de 4 ml. (2.400.000 unidades), de março a outubro de 1953. Durante o período de observação 68 pacientes foram re-examinados. Observaram-se curas clínicas de 42 pacientes (61,9 %) enquanto melhoras clínicas ocorreram em 26 (38,1 %).

O relatório mostra que as lesões de pinta desapareceram em períodos de tempo que variavam da seguinte maneira: lesões pigmentadas, em 2 a 3 meses; lesões hipocrômicas, em 2 a 4 meses; lesões leucodérmicas recentes, em 3 a 5 meses, enquanto as lesões leucodérmicas tardias ainda não desapareceram até a data presente.

Marquez informa ainda que está muito favoràvelmente impressionado com a resposta clínica observada e que é definitivamente melhor e mais rápida do que a obtida com PMA (5). O período de observação foi curto demais para permitir uma avaliação precisa das respostas sorológicas. É interessante notar, entretanto, que aproximadamente 10 % dos pacientes estudados apresentaram cura sorológica e 60 % mais demonstraram prova evidente de melhoras sorológicas durante o período relativamente curto de observação.

REAÇÕES

Numa publicação recente, Grekin e O'Brien (14) relatam 2 casos de reações anafiláticas ao "Bicillin". Ambos pacientes haviam apresentado prèviamente reações urticarianas com outras formas de penicilina. Testes cutâneos, feitos em um dos pacientes, pareciam indicar que a sensibilidade era devida à penicilina e não a qualquer das cadeias laterais da molécula do "Bicillin". Os autores acreditam que os pacientes sensíveis à penicilina muito provàvelmente serão sensíveis ao "Bicillin". Êles entendem que devam ser tomadas tôdas as precauções necessárias para prevenir reações com outras formas de penicilina, tais como fazer um levantamento adequado do estado alérgico do paciente, anotar o emprêgo anterior da penicilina e as reações apresentadas e proceder a testes cutâneos quando necessários, antes de ser feita a administração de "Becillin". Deve ser salientado, entretanto, que a incidência de reações verificadas em 1.377 pacientes, que receberam de 300.000 a 2.500.000 unidades de "Bicillin", foi de menos de 0,3 %.

Smith e outros (8) trataram aproximadamente 700 pacientes, com 2.400.000 unidades ou mais de "Bicillin", e os acompanharam pelo menos durante duas semanas após a injeção. A incidência de reações importantes com essa dose foi de aproximadamente 1 %. É de especial interêsse notar que em seus pacientes as reações cutâneas desapareceram em dois dias e as reações anafiláticas em poucas horas, sem sequelas, embora as concentrações sanguíneas da penicilina permanecessem altas.

Muitos pacientes, que tomaram "Bicillin", queixaram-se de um pouco de dor e de sensibilidade local que apareceram algumas horas depois da injeção e persistiram por dois a cinco dias.

Em nossa publicação anterior (9) ficou demonstrado que ocorriam menos reações locais desagradáveis com o "Panbiotic" que com "Bicillin". Isto se deve provàvelmente à penicilina G procainada existente no primeiro produto.

RESUMO

1. São apresentadas as dosagens de penicilina por meio de processo microbiológico após uma injeção única de várias doses de "Panbiotic".

2. O "Panbiotic" deverá ser do maior valor para o tratamento de doenças causadas por treponemas em paises sub-privilegiados, em que a maioria dos pacientes deve ser tratada no mais curto periodo e em ambulatórios de clínicas rurais. A forma ótima de tratamento parece ser uma única injeção de "Panbiotic". Desta maneira, 100 % dos pacientes, que venham submeter-se a tratamento, devem receber e completar a terapêutica num "tratamento unico".

3. Os ensaios preliminares clinicos com o "Panbiotic", na sifilis, framboésia e pinta, são altamente encorajadores e os resultados parecem ser melhores do que os obtidos com as preparações de penicilina prèviamente empregadas. Além do mais, um tratamento adequado pode ser administrado com uma injeção única, sem receio de qualquer incidência maior de reações sérias desagradáveis.

SUMMARY

1. Microbiologic assay determinations following a single injection of various doses of Panbiotic are presented.

2. Panbiotic should be of utmost value in the treatment of treponemal diseases in under-privileged countries where the majority of patients must be treated in the shortest period of time and on an ambulatory basis in rural clinics. The optimal form of therapy appears to be a single injection of Panbiotic. In this manner, 100 per cent of patients reporting for treatment would receive and complete therapy in a "single treatment".

3. Preliminary clinical trials with Panbiotic in syphilis, yaws, and pinta are highly encouraging and the results appear to be better than those obtained with the previously employed penicillin preparations. Furthermore, an adequate amount of therapy can be administered in a single injection without fear of any increased incidence of serious untoward reactions .

CITAÇÕES

1. Buckwalter, F. H. and Dickison, H.L.: A New Absorption-Delaying Vehicle for Penicillin. J. Am. Pharm. Assoc., 37:472, 1948.

2. Thomas, E. W., Lyons, R.H., Romansky, M. J., Rein, C. R. and Kitchen, D. K.: Newer Repository Penicillin Products. J.A.M.A., 137: 1518, 1948.

3. Thomas, E. W., Rein, C.R., Landy, S.E. and Kitchen, D.K.: Results of Treatment of Early Syphilis with a Single Injection of Procaine Peni-

cillin G in Oil and Aluminum Monostearate. Am. J. Syph., Gonor. & Ven. Dis., 37:374, 1953.

4. Rein, C.R., Kitchen, D.K. and Petrus, E.A.: Repository Penicillin Therapy of Yaws in the Haitian Peasant. J. Invest. Dermat. 14:239, 1950.

5. Rein, C.R., Kitchen, D.K., Marquez, F. and Varela, G.: Repository Penicillin Therapy of Pinta in the Mexican Peasant. J. Invest. Dermat. 18:137, 1952.

6. Hudson, E.H.: Treatment of Bejel. Ann. N. Y. Acad. Sc. 55:1168, 1952.

7. Szabo, J.L., Edwards, C.D. and Bruce, W.F.: N.N. Dibenzylethylenediamine Penicillin: Preparation and Properties. Antibio. & Chemother. 1:499, 1951.

8. Smith, C. A., O'Brien, J. F., Simpson, W. G., Harb, F. W. and Shafer, J. K.: Treatment of Early Infectious Syphilis With N, N'Dibenzylethylenediamine Dipenicillin G., Am. J. Syph., Gon. & Ven. Dis. 38:136, 1954.

9. Rein, C. R., Buckwalter, F. H., Mann, C. H., Landy, S. E., and Flax, S.: Time-Dosage Relationship in the Treatment of Treponemal Diseases with a New Combination of Three Penicillin Salts. Laboratory and Clinical Basis for Effective Therapy. J. Invest. Dermat. 21:435 (1953).

10. Ribas E. B.: Personal communication.

11. Hill, K. R.: Personal communication.

12. Kroh, D. F.: Personal communication.

13. Marquez, F.: Personal communication.

14. Grekin, R. H. and O'Brien, J. F. Anaphylactic Reactions from Bicillin. Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis. 38:143, 1954.

15. O'Brien, J. F. and Smith, C. A.: Preliminary Evaluation of N. N'Dibenzylethylenediamine Dipenicillin G in Acute Gonorrrhea in Males. Am. J. Syph., Gon. & Ven. Dis., 36:519, 1952.

Endereço dos autores: 25, Central Park West (Nova York).

Sarcoidose de Boeck-Schaumann

(Um caso desta síndrome, com determinações cutâneas, ósseas, gânglios mediastinais, e comprovação cultural de tuberculose)

Edson A. de Almeida

O estudo da sarcoidose de Boeck-Schaumann constitui, ainda hoje, assunto de palpitante interêsse, sobretudo no que se relaciona com as investigações da sua debatida etiologia. Neste particular, podemos afirmar que pouco avançamos quanto à comprovação das teorias em presença, resultando sempre confuso o conceito etiológico da síndrome de que nos ocupamos. A questão está aberta desde 1889-1899, época em que Besnier (lupus pérnio) e Boeck (lupóide miliar) (citados por Pautrier — 1) estudaram o assunto, e, a despeito de tão longo prazo, as origens do caprichoso quadro anátomo-clínico continuam na mesma obscuridade. Todavia, vale realçar os esforços dos pesquisadores na afanosa perquirição de um conceito unitário sôbre a étio-patogenia da sarcoidose. O marco de maior importância na história da investigação do morbo Boeck-Schaumann foi estabelecido, sem dúvida, no momento em que se ultrapassou a fase puramente dermatológica do seu estudo. É justo que se reivindique para os dermatologistas esta láurea, de vez que foram êles os vanguardeiros dos esclarecimentos que deram mais amplitude ao conhecimento da doença em causa. Neste sentido, os primeiros passos foram dados por Cezar Boeck (citado por Pautrier — 2a) que, além de individualizar as lesões cutâneas de natureza sarcóidica, chamou, também, a atenção para a coexistência de adenopatias periféricas, fazendo menção de lesões conjuntivais e da mucosa nasal, observadas nos seus doentes. Dest'arte se iniciava, ainda que de maneira imprecisa, a fuga da sarcoidose do plano estritamente dermatológico, resultando, dessa transposição da fronteira cutânea, o caráter proteiforme que viria caracterizá-la, mais tarde, como uma doença sistematizada. Nesta ordem de idéias, o ano de 1914 assinala uma fase decisiva, no estudo

---

Trabalho apresentado à I Assembléia Médica do Hospital dos Servidores do Estado.

Chefe de Clínica do Serviço de Dermatologia e Sifilografia do Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro (Chefe do Serviço: Dr. Mário Rutowitsch).

da sarcoidose, com os trabalhos de J. Schaumann (citado por Longcope e Freimann — 3).

Êste autor, além de identificar o lúpus pérnio de Besnier com o sarcóide de Boeck, levantou a tese de que a doença se caracterizava por um processo granulomatoso generalizado ao sistema linfático, dando-lhe, naquela ocasião, a denominação de linfogranulomatose benigna.

Desde então, firmou-se o conceito da sarcoidose como doença geral, comprometendo, na sua evolução, pele, gânglios, amígdalas, medula óssea, pulmões, baço, fígado, etc. Na verdade, como bem acentua Pautrier, Schaumann teve o grande mérito de transformar em uma doença geral o que se afigurava ser apenas uma dermatose. Em 1934, na reunião Dermatológica de Strasbourg, Pautrier faz, do assunto, uma revisão geral, posteriormente ampliada, por volta de 1937-38, quando demonstrou, juntamente com autores escandinavos, que a síndrome de Heerfordt (Irido-Ciclite-Parotidite-Paralisia facial) era uma manifestação particular da doença de Boeck-Schaumann (2b).

Em trabalhos publicados em 1935-36 (4 e 5), F. E. Fabelo traz ao debate a possibilidade da etiologia leprosa para a sarcoidose. Nestes trabalhos o autor estudou três casos de sarcóides leprogênicos, apresentando manifestações cutâneas, ósseas e mediastínicas, em estreita correlação com o que se observa na sarcoidose de Boeck-Schaumann.

Em 1940, com a publicação de documentada monografia em que examina a matéria do ponto de vista anátomo-clínico, Pautrier (6) retoma a discussão do assunto, dedicando especial atenção ao problema etiológico e definindo a doença como uma retículo-endoteliose de causa desconhecida.

A monografia de Longcope e Friemann (3), publicada em 1952, é o mais recente e talvez o mais completo estudo de revisão feito em tôrno da questão em litígio. Neste magnífico trabalho são postos em relêvo os múltiplos aspectos da sarcoidose, estudados exaustivamente e enriquecidos com farta documentação bibliográfica.

Entre nós, os casos estudados são pouco numerosos, sobretudo aquêles em que a doença se apresenta com múltiplas manifestações, constituíndo as formas ditas completas. Ao que nos parece, o caso objeto da tese de F. E. Rabelo (7), entre os que têm sido focalizados na escassa literatura brasileira, constitui o primeiro caso, e um dos poucos que reune as características (lesões cutâneas, ósseas, ganglionares e pulmonares) das formas completas a que nos referimos.

Nesta comunicação apresentamos um caso no qual foram, também, identificadas lesões cutâneas, ósseas, ganglionares e mediastínicas.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A conceituação da sarcoidose como doença sistematizada reside na multiplicidade das lesões que determina em quase todos os setores da economia. Não há, no ciclo de sua evolução, preferência por êste

Fig. 1 — Hemiface direita: lesões pápulo-tuberosas de aspecto translúcido. Notam-se lesões micro-tuberosas na orla das narinas e ângulo interno da região orbitária.

Fig. 2 — Hemiface esquerda: observa-se a disposição simétrica das lesões com os mesmos caracteres morfológicos descritos na fotografia anterior.
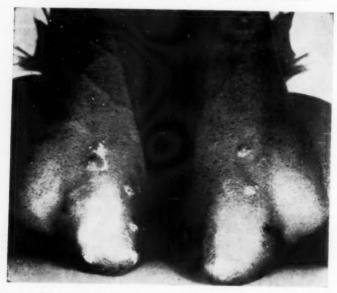
Fig. 3 — Lesões pápulo-tuberosas das faces de extensão dos antebraços. Aspecto psoriasiforme.
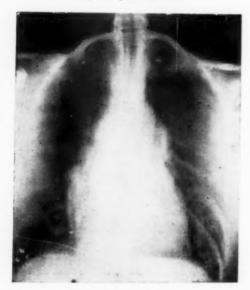
Fig. 4 — Tomografia: aumento do volume dos gânglios hilares e para-traqueais. (Hilus Boeck).

ou aquêle órgão, podendo a doença se instalar com lesões adstritas a determinado departamento orgânico ou coexistir, no mesmo doente, uma variada gama de manifestações clínicas. As lesões cutâneas são encontradas em cêrca de um têrço dos casos, ora como expressão inicial da doença e outras vêzes associadas com lesões ósseas e viscerais. Não há, entretanto, concordância, entre os autores, quanto ao índice percentual das lesões cutâneas. Alguns chegam a registrar a sua ocorrência em aproximadamente 75 % dos casos, o que, para o observado neste país, é muito exagerado. Para certos autores americanos, entre os quais formam Longcope e Freimann (3), as lesões tegumentares representam papel de pouco destaque no conjunto sintomatológico, se bem que sejam observadas com marcada freqüência entre os pacientes de côr preta. Todavia, convém salientar que *a eclosão de lesões cutâneas facilita, particularmente, a precisão diagnóstica*. Muitas vêzes, partindo-se da lesão cutânea, atinge-se o diagnóstico da doença sistematizada, pois, como é sabido, a sarcoidose, é, via de regra, de evolução surda, quando se inicia por lesões viscerais, e mesmo nas etapas iniciais do ataque ao esqueleto. Em grande número de casos a doença é revelada por exames radiológicos realizados ao acaso, mostrando comprometimento dos gânglios mediastínicos e da trama pulmonar, sem nenhuma sintomatologia aparente, o que leva Rabelo (8) a dizer que a sarcoidose é moléstia mais de sinais do que de sintomas. Nem mesmo as adenopatias, observadas com acentuada regularidade no conjunto sintomatológico, apresentam características próprias. Sòmente o exame anátomo-patológico do gânglio hipertrofiado, às vêzes exíguo, poderá fornecer elementos capazes de possibilitar o diagnóstico. Disto resulta o interêsse prático da identificação das lesões cutâneas, as quais, com as suas variantes morfológicas, caracterizam os três tipos clínicos, descritos por Boeck:

a) — *Sarcóides de pequenos nódulos* (lupóides miliares benignos de Boeck). Nesta forma a lesão característica é um nódulo dérmico, arredondado, de limites nítidos, tamanho variando entre 1 a 5 milímetros, de coloração inicialmente rósea ou lívida, passando, depois, a uma tonalidade vermelho violácea e de consistência pouco firme. Estas lesões se localizam de preferência na face, se bem que possam ser observadas no tórace, membros superiores, tronco, etc. Iniciam-se quase sempre por surtos de evolução progressiva, com tendência à regressão espontânea, deixando um "reliquat" cicatricial deprimido. Examinadas à vitro-pressão, as referidas lesões se apresentam translúcidas, gelatinóides, mostrando pequenas manchas amareladas de aspecto lupiforme.

b) — *Sarcóides de grandes nódulos*. — Êste tipo clínico se caracteriza por lesões maiores do que as da forma anterior, podendo atingir, na sua evolução, até as dimensões de uma avelã. São lesões nodulares circunscritas, infiltradas, de consistência firme ou pastosa e coloração violácea ou vermelho escuro. Comumente existem em pequeno número e, na sua evolução tórpida, podem confluir, consti-

tuíndo, então, lesões anulares de centro atrófico, bordos salientes e telangiectásicos.

c) — *Sarcóides infiltrados em placas*. — A êste tipo clínico corresponde o "lúpus pérnio de Besnier". O aspecto morfológico consiste em lesões difusas, infiltradas, de coloração, via de regra, violácea e se localizando, de preferência, no rosto, face dorsal das mãos e dedos. Esta última localização determina, comumente, entumescimento dos dedos com deformação acentuada. Segundo Pautrier (2), êste tipo clínico é o que mais se acompanha de outras lesões localizadas nos ossos, pulmões, gânglios, vísceras, etc., constituíndo-se no quadro mais generalizado da sarcoidose. Em tôdas as formas clínicas descritas as lesões cutâneas nunca caminham para a ulceração. Regridem espontâneamente, com ou sem cicatrizes atróficas, ou persistem longo tempo em surtos eruptivos repetidos.

Além das formas acima descritas, que caracterizam, morfològicamente, a expressão clínica da sarcoidose na pele, alguns autores incluem tipos morfológicos ainda não aceitos unânimemente. Destacam-se, entre outros, os seguintes: angiolupóide de Brocq-Pautrier, eritrodermia-sarcóidica de Schaumann.

OBSERVAÇAO

O.M.P., preta, viúva, brasileira, de 35 anos, residente no Distrito Federal, internada no Serviço de Dermatologia e Sifilografia do H.S.E., por conveniência do Serviço, em 7.8.1952. N.º do registro: 120.603.

Antecedentes mórbidos em geral: ignora o estado de saúde dos pais. Não fornece dados precisos sôbre as doenças da infância. Nega passado venéreo. Casou-se aos 13 anos de idade, tendo tido 5 abortos, de 1 a 3 meses, e 2 filhos a têrmo, dos quais um falecido, na primeira infância, de "crupe", tem uma filha sadia. Aos 18 anos sofreu amidalectomia; da adolescência aos 31 anos, sofria de crises de cefaléia, acompanhadas de perturbações visuais. O marido faleceu de tuberculose pulmonar (sic), quando a paciente tinha 30 anos.

História da doença atual: conta que, em fins de 1951, notou o aparecimento de pequenas tuberosas de superfície escamosa, localizada, de início, nas circunvizinhanças do cotovelo direito e depois na região homóloga do cotovelo esquerdo; que, em seguida, foram surgindo outros elementos, porém de aspecto pápulo-tuberoso, distribuídos irregularmente pelos braços e no rosto, com localizações mais ou menos simétricas. Segundo informa a observada, as lesões do rosto surgiram por surtos, chegando, algumas vêzes, a desaparecer espontâneamente, deixando "reliquat" cicatricial deprimido. Refere ainda que as lesões dos antebraços eram, por vêzes, dolorosas à pressão.

Localização e descrição das lesões tegumentares: na face, observam-se elementos pápulo-tuberosos esparsos, em disposição mais ou menos simétrica, de coloração escura, alguns de aparência translúcida, com as dimensões de um grão de chumbo. No canto interno e superfície das pálpebras, e na orla das narinas, notam-se lesões micro-tuberosas (figs. 1 e 2). Na face de extenção dos antebraços, nas vizinhanças dos cotovelos, e dispostas simètricamente, observam-se lesões tuberosas, de consistência firme, limites nítidos, coloração violácea, recobertas de escamas psoriasiformes, com, aproximadamente, as dimensões de um grão de milho. Distribuídas irregularmente pelos braços, guardando, entretanto, certa simetria, vêem-se lesões pápulo-tuberosas, de variadas dimensões (fig. 3). No primeiro quirodactilo D. demora uma lesão tuberosa, de maiores dimensões que as precedentes, de aspecto lívido e translúcido. No joelho, nota-se uma lesão pápulo-tuberosa, de superfície verrucosa, centro deprimido, ao lado da qual são observadas pequenas lesões ci-

Fig. 5 — Radiografia do tórax, mostrando aumento de densidade e do volume de ambos os hilos.

Fig. 6 — Outro aspecto radiográfico das lesões mediastínicas.

Fig. 7 — Diminutas áreas de rarefação óssea nas falanges proximal e média do dedo mínimo esquerdo (osteite cistóide de Jungling).

Fig. 8 — Área do tipo cístico do condilo externo do fêmur esquerdo.

catriciais atróficas, e de contôrno circular. Lesões cicatriciais idênticas são, também, encontradas na face. Pela diascopia, as lesões acima descritas mostram um aspecto gelatinoso característico, sobretudo as situadas na face.

Exame objetivo: paciente longilínea, emagrecida, apirética, com 1,68 mts. de altura e pesando 61 kgs.. Gânglios inguinais e axilares esquerdos palpáveis, duros, indolores e móveis. Ausência de edemas e ostealgias.

Aparelho digestivo: dentes com numerosas falhas e em mau estado; língua, gengivas e laringe, normais. Abdome difusamente doloroso à palpação, principalmente no epigástrio, de volume e forma normais; anel umbelical aberto; fígado e baço impalpáveis (Matidez do espaço de Traube); trânsito intestinal, normal.

Aparelho gênito-urinário: leucorréia.

Aparelho respiratório: normal.

Aparelho cárdio-vascular: o exame clínico do coração nada revelou de anormal. O ritmo cardíaco é regular, as bulhas normais. A aorta é impalpável na fúrcula esternal. Ausência de batimentos nos vasos do pescoço. As radiais são um pouco infiltradas e a freqüência do pulso de 74 por minuto. Pressão arterial: 150 x 90. Artérias pediosas pulsáteis. Ruídos respiratórios, normais. Ausência de edemas. Electrocardiograma de aspecto normal.

Exame oftalmológico:

Agudeza visual	O.D. = 1
	O.D. = 1

Biominoscopia, normal.
Fundo de ôlho, normal.

EXAMES COMPLEMENTARES

Relatório dos exames radiológicos: as radiografias do tórace em frontal e sagital, assim como tomografia sagital, mostram acentuado aumento da densidade e do volume de ambos os hilos, que apresentam contornos laterais policíclicos por aumento de volume dos gânglios hilares e para-traqueais. Os pulmões são normais (figs. 4, 5 e 6).

A radiografia do crâneo, na incidência lateral, não mostra anormalidades. As radiografias das mãos mostram diminutas áreas de rarefação óssea, nas falanges proximal e média do dedo mínimo esquerdo (fig. 7).

A radiografia dos joelhos mostra pequena área do tipo cístico no condilo externo do fêmur esquerdo (fig. 8). Estas alterações correspondem à chamada "osteíte cística múltipla" de Jüngling.

Nos ossos da bacia não existem anormalidades.

Conclusões: o conjunto destas alterações é observada no "sarcóide de Boeck".

as.) Nicola Caminha.

Reação de Mantoux: 1:1.000.000, positiva; 1:100.000, positiva.

O teste tuberculínico foi repetido em 6.8.1952, pelo Dr. Fernando Carneiro, do Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que obteve os seguintes resultados:

Reação de Mantoux a 1:10.000, positiva ao cabo de 48 hs., pápula de 10 mm, o limiar de positividade de acôrdo com os padrões de leitura do S.N.T.

Reação de Mantoux a 1:1.000, positiva ao cabo de 48 hs., pápula de 18 mm de diâmetro.

Exames histopatológicos:

Biópsia de lesão tuberosa da face de extensão do antebraço. Fragmento de tecido de coloração pardacenta, medindo cêrca de 5 mm de diâmetro. Fixado em formol, a 10% H.E. (P.C. 1.739/52): o exame dos cortes mostra hiperqueratose e acantose. No córion, observamos a presença de formações granulomatosas, constituídas de células epitelióides e células gigantes do tipo corpo estranho. Não existe evidência de necrose nas formações granulomatosas (figs. 9 e 10).

Biópsia de lesão pápulo-tuberosa da face. Fixado em formol a 10% H.E. (P.C. 3.094): o exame dos cortes mostra atrofia da epiderme. Edema do derma onde se constata a presença de nódulos de células epitelióides bem delimitados, observando-se, em alguns, células gigantes do tipo corpo estranho. Ausência de necrose. Infiltrado linfo-plasmocitário em tôrno dos vasos. (figs. 11 e 12).

Biópsia do gânglio inguinal. Fixado em formol a 10% — H.E. (P.C. 3.032): arquitetura geral do gânglio destruída por infiltração linfocitária intensa e áreas de fibrose. Os cortes mostram extenso infiltrado de células epitelióides, formando granulomas, no interior dos quais se verifica a presença de células gigantes do tipo corpo estranho. Nenhuma evidência de necrose. A cápsula do gânglio apresenta fibrose intensa (figs. 13 e 14).

Conclusão diagnóstica: sarcóide de Boeck.

As.) Ernani Tôrres.

Inoculação em cobaio: inoculação de macerado de gânglio inguinal com estrutura sarcóidica. Resultado: sacrificado o animal 60 dias depois da inoculação, não foram encontradas lesões macroscópicas suspeitas de tuberculose.

Pesquisa de B.A.A.R. no gânglio do cobaio necropsiado: negativa.

As.) Nilo.

Exame histopatológico (N.º 14.783):

Material: fígado, baço, suprarrenal e gânglio de cobaio inoculado com material de gânglio com sarcoidose. Resultado: nenhuma evidência de estrutura de sarcoidose.

As.) Ernani Tôrres.

Cultura:

Material: macerado de gânglio de uma paciente com diagnóstico de sarcoidose confirmado pelo exame histopatológico. Resultado: crescimento em meio de Loewenstein com 30 dias. Presença de B.A.A.R.; ausência de cogumelos.

As.) Nilo.

Tendo em vista a positividade da cultura para B.A.A.R., solicitamos a valiosa cooperação do Dr. Fontes Magarão, Chefe do Laboratório Central de Tuberculose da P.D.F., a fim de ser realizado o estudo pormenorizado da mesma. O ilustre colega, com a gentileza que o caracteriza, forneceu-nos o laudo, que transcrevemos abaixo:

"Secretaria de Saúde e Assistência — P. D. F.
Origem: — Laboratório Central de Tuberculose

Rio, 29 de abril de 1953.
Ao Dr. Edson de Almeida
Paciente: O. M. P.

A cultura em meio de Loewenstein, a mim enviada, foi repicada em meio de Loewenstein, com glicerina a 3%, tendo havido crescimento, em tôrno de 20 dias, de colônias rugosas, pigmentadas em amarelo âmbar.

Fig. 9 — H.E. X30 — Microfoto mostrando, no córion, formações granulomatosas constituídas de células epitelióides e células gigantes. Ausência de necrose (biópsia da lesão pápulo-tuberosa da face de extensão do antebraço).

Fig. 10 — H.E. X 180 — Maior aumento da figura anterior.

Fig. 11 — H.E. X 30 — Microfoto mostrando, na parte profunda do derma, vários conglomerados de células epitelióides (biópsia da lesão lupóide da face).
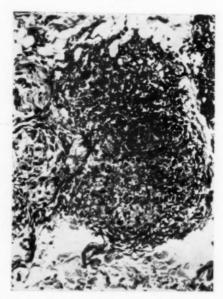
Fig. 12 — H.E. X 180 — Maior aumento da figura anterior. Granuloma sarcóidico.

A suspensão da cultura foi inoculada em 2 cobaios. A autópsia revelou tuberculose experimental do cobaio.

Conclusão: bacilo de tuberculose de virulência normal, provàvelmente do tipo humano.

As.) Milton Fontes Magarão".

Hemo-sedimentação:

9-9-52: 1.ª hora, 28; 2.ª hora, 56; I. Katz, 28.
23-9-52: 1.ª hora, 12; 2.ª hora, 20; V. M. H., 11.
3-10-52: 1.ª hora, 2; 2.ª hora, 4; V. M. H., 2.
7-10-52: 1.ª hora, 26; 2.ª hora, 58; I. Katz, 22,5.
31-10-52: 1.ª hora, 2; 2.ª hora, 4; I. Katz, 2.

Sôro-diagnóstico da lues:

	22.8.52	28.11.52
Wassermann	Positiva	Duvidosa
Kahn	Positiva	Negativa
Kline	Duvidosa	Positiva

Liquido céfalo-raquiano:

Volume retirado — 8 cc
Côr — incolor
Aspecto — limpido
Coágulo — não
Albumina total — 0,05º/oo
Ex. citológico — 0,6 p mm3
Globulinas: Nonne — negativa
Globulinas: Pandy — leve opalescência (±)
Globulinas: Ross-Jones — negativa
Globulinas: Weischbrodt — negativa
Reação de Wassermann — negativa
R. Benjoin coloidal — não foi feita
Takata-Ara — negativa.

Hemogramas:

	23.8.52	15.9.52	3.11.52
Hematias por mm3	3.550.000	3.830.000	3.630.000
Hemoglobina	67%	73%	73%
Valor globular	0,94	0,96	1,01
Anisocitose	Sim	Não	Discreta
Anisocromia	Sim	Não	Discreta
Pecilocitose	Sim	Não	Não
Leucócitos por mm3	2.800	3.700	3.900
Mielócitos	0%	0%	0%
Metamielócitos	0%	0%	0%
Bastonetes	3%	4%	4%
Segmentados	64%	70%	57%
Neutrófilos total	67%	74%	61%
Linfócitos	23%	12%	31%
Monócitos	4%	8%	4%
Eosinófilos	5%	6%	4%
Basófilos	1%	0%	0%
Hematócrito	35%	38%	35%

Exame químico do sangue:

	23.8.52	29.8.52
Sódio	330 mgs %	
Potássio	16,2 mgs %	
Glicose	90 mgs %	
Fosf. inorgânico		2,57 mgs %
Colesterol		194 mgs %
Proteínas totais do sôro		6,8 gs %
Sôro-albumina		4,0 gs %
Sôro-globulinas		2,6 gs %
Reação serina-globulina		1,5 gs %

Tendência hemorrágica:

Tempo de coagulação — 7'00"
Tempo de sangria — 2'00"
Retração de coágulo — Na 1.ª hora
Fragilidade capilar — Prova do laço — negativa
Plaquetas em mm3 — 230.000 p mm3.

No decurso da internação, a paciente foi acometida de menometrorragias mais ou menos freqüentes, pelo que solicitamos o pronunciamento da Clínica Ginecológica. Submetida a paciente a exame clínico, foi constatado corpo do útero bastante aumentado e com superfície bosselada — miomatose uterina.

Foi, então, a paciente operada pelos Drs. Paulo de Barros e Virgílio Costa, constando do relatório cirúrgico o seguinte:

Tipo de operação: laparatomia — histerectomia sub-total — anexectomia esquerda. Apendicectomia. Retirada de gânglio mesentérico, a pedido da Clínica Dermatológica, para exame histopatológico.

Exame anátomo-patológico (N.º 14.442 — Reg. 120.603):

Material: útero, anexos esquerdos, apêndice e gânglio mesentérico.

Dados clínicos: miomatose uterina — paciente portadora de sarcoidose.

Diagnóstico: útero medindo 9 x 7 x 5 cms.

Anexos medindo 5 x 2,5 x 3 cms., pesando o conjunto 210 grs. A superfície de corte do útero mostra cinco miomas de coloração brancacenta e consistência endurecida. Superfície de corte do ovário mostra vários cistos, contendo material de aspecto colóide e outras substâncias firmes. Superfície de corte da trompa mostra também várias cavidades císticas. Apêndice medindo 7,5 x 0,5.

1 — Endométrio secretor recente
2 — Leiomioma
3 — Ovário esclerocístico
4 — Salpingite crônica
5 — Apendicite
6 — NORMAL.

TRATAMENTO: procuramos orentá-lo levando em conta a possibilidade da etiologia tuberculosa para o caso em estudo. Com êste escopo ministramos, de início, di-hidro-estreptomicina (0,50 de 12/12 hs.), na dose total de 30 grs. Com o uso desta medicação não houve modificações das lesões cutâneas; pelo contrário, na vigência do tratamento verificou-se a eclosão de novos elementos eruptivos, os quais se localizaram, de preferência, na face.

Nesta oportunidade, resolvemos instituir o tratamento pela hidrazida do ácido izonicotínico, havendo a paciente feito uso de 16 grs., na dose de 300 mgs. por dia, não tendo sido registrados fenômenos tóxicos. Os resultados obtidos foram satisfatórios, tendo havido regressão das lesões cutâneas (figs. 15 e 16). Entretanto, o contrôle radiológico das lesões ósseas e mediastínicas, após o tratamento, não revelou modificações nos aspectos anteriormente ob-
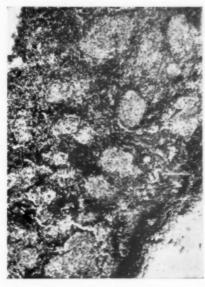
Fig. 13 — H.E. X 30 — Corte do gânglio linfático inguinal. Vários focos constituídos por agrupamento de células epitelióides. Ausência de necrose.
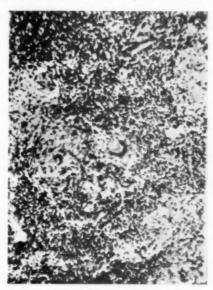
Fig. 14 — H.E. X 180 — Aspecto da figura anterior em maior aumento. Granuloma sarcóidico no gânglio linfático. Presença de células gigantes. Ausência de necrose.
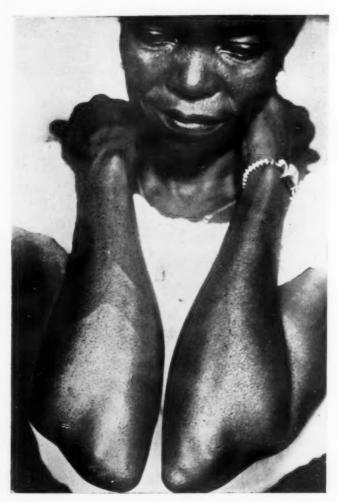
Fig. 15 — Fotografia feita depois do tratamento pela hidrazida. Regressão das lesões das faces de extensão dos antebraços.

servados. E' sabido que as manifestações cutâneas da sarcoidose podem regredir espontâneamente; contudo, para o caso em tela, não se pode negar o efeito terapêutico da hidrazida. Admitir êste fato como mera coincidência não nos parece uma interpretação correta.

Queremos também ressaltar que a paciente era portadora de sífilis inaparente tardia, tendo sido submetida a tratamento pela penicilina, na dose total de 12.000.000 u.ox. A terapêutica anti-luética não modificou o quadro clínico, determinando, entretanto, inversão parcial das reações sorológicas.

DISCUSSÃO

Há vários aspectos que merecem realce na apreciação do caso que vimos de relatar. Em primeiro lugar, vale destacar a ocorrência de lesões cutâneas, com características morfológicas diversas, o que evidencia o polimorfismo da doença em causa. Verificamos, de um lado, lesões pápulo-tuberosas miliares, que, na face, são peculiarmente freqüentes nos melanodérmicos, constituíndo interessante transição para o "lúpus miliar disseminado". Por outro lado, nos membros superiores, lesões tuberosas recobertas por escamas psoriasiformes, também freqüentes nos negros, manifestações cutâneas de uma sarcoidose generalizada, com comprometimento da trama ganglionar do mediastino (hilus Boeck), associadas a lesões ósseas características da osteíte cistóide de Jüngling. Além das manifestações sugestivas de sarcoidose, reveladas pelo exame radiológico, constatamos, pelo exame histopatológico da lesão cutânea e do gânglio inguinal biopsiados, um quadro tecidual compatível com o diagnóstico do morbo Boeck.

Poder-se-ia arguir, para considerar com reservas o quadro histopatológico encontrado, que êste apresenta uma riqueza pouco comum em células gigantes, na pele e especialmente no gânglio linfático, achado que alguns autores consideram pouco freqüente na sarcoidose de Boeck-Schaumann. Entretanto, um grande grupo de observadores admite como possível a presença e mesmo a freqüência de células gigantes no infiltrado, estando fora de propósito considerar esta ocorrência como capaz de invalidar o diagnóstico. Longcope e Freimann, referindo-se aos aspectos histopatológicos da sarcoidose, consideram a presença de células gigantes um componente conspícuo, e freqüentemente encontrado. Ao que nos parece, frente à bibliografia consultada, a clássica infiltração monomorfa, constituída por nódulos de células epitelióides, referida por Boeck e outros autores, está cedendo lugar a um conceito mais elástico quanto à natureza do infiltrado. A presença de células gigantes talvez constitua um fenômeno atípico para alguns. Contudo, a freqüência, com que vem sendo relatado êsse fenômeno leva-nos a crer que a alegada "monotonia do quadro histológico" não é um dado infalível.

INOCULAÇÃO E CULTURA

Alguns autores americanos e também europeus consideram discutíveis os resultados positivos, tanto das inoculações em cobaio, como das culturas do material de pacientes portadores de sarcoidose, no que

respeita à identificação do bacilo de Koch (9-10). Esta atitude é, por assim dizer, negativista e pretende-se, com ela, situar o problema etiológico da sarcoidose, dentro de um conceito exclusivista. Entretanto, fazendo uma revisão da literatura, encontram-se referências a resultados de positividade indiscutível, entre outras destacando-se, conforme propõe Rabelo, aquêles casos em que, não havendo caseose no material de inoculação, a inoculação e/ou a cultura se revestem de valor incontestável. Neste particular, Rabelo (8) põe em destaque investigações levadas a efeito por pesquisadores europeus, as quais justificam, plenamente, o critério proposto pelo citado autor. No quadro a seguir podemos apreciar os resultados das pesquisas realizadas por um grupo de observadores.

1922 — Schaumann — Inóculo de cistóide. — Identificado M. T. tipo bovino.

1939 — Bergmann — Inóculo de gânglio. — Identificado M. T. tipo bovino.

1939 — Berblinger — Inóculo de gânglio. — Identificado M. T. tipo humano.

1943 — Schropl — Inóculo de pele. — Identificado M. T. tipo humano.

1949 — Kalkoff-Mohr — Inóculo de pele. — Identificado M. T. tipo humano.

No nosso caso, inoculamos macerado de gânglio inguinal em dois cobaios, os quais, sacrificados 60 dias depois, não apresentaram lesões macroscópicas nem microscópicas de tuberculose. O mesmo material foi semeado em meio de Loewenstein, tendo havido crescimento da cultura em 30 dias, revelando-se, ao exame microscópico, a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes, com a morfologia do "M. Tuberculosis". A cultura em aprêço foi repicada em meio de Loewenstein, no Laboratório Central de Tuberculose da P. D. F., pelo Dr. Fontes Magarão, que, realizando o estudo da mesma, produziu tuberculose experimental do cobaio, concluíndo tratar-se de bacilo tuberculoso de virulência normal, provàvelmente do tipo humano.

A nossa doente — e êste fato não pode passar despercebido — *não apresentava sinais clínicos e/ou radiológicos de tuberculose evolutiva*. Êste detalhe é realmente de interêsse, de vez que coloca em equação a hipótese, aliás bem plausível, de uma possível etiologia tuberculosa, pelo menos para o caso em estudo. Não nos anima a veleidade de firmar conceito em tôrno da origem tuberculosa da S.B.S. Deixamos, porém, aqui consignado o nosso achado, que poderá vir a ser ou não reforçado pela catamnese da paciente, no sentido de uma possível terminação por tuberculose clássica. Parece-nos que, no tocante é etiologia da sarcoidose, a melhor conduta é considerá-la como um síndrome, mais especialmente ligado às micobacerioses, ponto de vista defendido por F. E. Rabelo e outros observadores de comprovada experiência.

Fig. 16 — Fotografia feita depois do tratamento pela hidrazida. Regressão das lesões da face.

TESTE TUBERCULÍNICO

A despeito da anergia tuberculínica constituir elemento de primeiro plano para o diagnóstico da S.B.S., o registro de reações positivas tem sido feito por vários autores. Pautrier refere que Kissmeyer (2) encontrou cêrca de 40 % de reações positivas à tuberculina, revendo 80 casos de sarcoidose, citados na literatura. Disso se deduz que a positividade do teste de Mantoux não invalida o diagnóstico do morbo Boeck; pelo contrário, poderá, nessas condições, representar argumento favorável à etiologia tuberculosa da doença. No nosso caso a reação de Mantoux foi positiva em várias diluições. No primeiro teste a positividade foi até a diluição de 1:1.000.000. Repetimos o teste 6 meses depois, tendo sido a reação positiva, ao cabo de 48 horas, na diluição de 1:10.000 (pápula de 10 mm — limiar de positividades,

de acôrdo com os padrões de leitura do S.N.T.) e a 1:1.000 (pápula de 18 mm). Êste último teste foi gentilmente realizado pelo tisiologista Fernando Carneiro.

A discussão etiológica da S.B.S. continua questão aberta. É interessante lembrar que, para o período de 1914 a 1934, a maioria das opiniões era *pro-tuberculosi*, sendo exceções Zieler, Kreibich, Kissmeyer (citados por F. E. Rabelo-8). Entre aquela última data e 1950, a maioria das opiniões esteve, ao contrário, contra a tuberculose — sendo aqui exceções importantes Schaumann, Jadassohn, Bloch (citados por F. E. Rabelo-8) e seus discípulos, de um modo geral os autores de língua alemã. Em nosso meio F.E. Rabelo (4-5), entre 1936 e 1941, defendeu mais especialmente uma etiologia "myco-bacteriana".

Hoje, revendo-se a literatura, a partir de 1950, desenha-se novamente uma volta à etiologia tuberculosa, destacando-se o fato de não se ter conseguido nenhuma comprovação do suposto vírus isolado por Loefgren (11).

Cabe aqui realçar a correção com que se houve o citado autor, acusando o equívoco em que incorreu, ao verificar tratar-se do vírus da parotidite.

Nestas condições, o nosso caso coloca-se, muito naturalmente, na esteira desta revisão em favor da "myco-bacterioses", a menos que se prefira a atitude restritiva esposada por alguns, como R. Richter (12), que propõe a expressão "tuberculosis indurativa Boeck-imitans", para casos em que, como o nosso, a síndrome sistematizada da sarcoidose termina pela comprovação biológica do "M. Tuberculosis".

RESUMO

O autor relata um caso de sarcoidose generalizada em uma paciente melanodérmica, de 36 anos de idade. Foram observadas lesões cutâneas com características do "lupóide miliar de Boeck", localizadas na face, e lesões tuberosas de aspecto psoriasiforme, situadas nas superfícies de extensão dos antebraços. As lesões tegumentares estavam dispostas de maneira simétrica.

Os exames radiológicos realizados revelaram: aumento de volume dos gânglios hilares e para-traqueais; áreas de rarefação óssea nas falanges proximal e média do dedo mínimo esquerdo e do condilo externo do fêmur esquerdo (osteíte cistóide de Jungling).

A paciente não apresentava sinais clínicos e/ou radiológicos de tuberculose evolutiva.

O exame histopatológico das lesões cutâneas e do gânglio inguinal mostrou um quadro tecidual compatível com o diagnóstico do morbo Boeck, caracterizado pela presença de nódulos de células epitelióides, células gigantes de corpo estranho, sem evidência de necrose.

A inoculação, em cobaio, de macerado de gânglio sólido (inguinal), resultou negativa para bacido tuberculoso; entretanto, o mesmo material, semeado em meio de Loewenstein, forneceu resultado positivo ao cabo de 30 dias. A suspensão da cultura, inoculada em cobaio, determinou lesões especificas de tuber-

culose experimental, tendo sido identificado bacilo tuberculoso, provàvelmente do tipo humano.

Foi instituído pelo autor, à guiza de experimentação, o tratamento pela hidrazida do àcido izonicotínico, tendo esta medicação determinado a regressão completa das lesões cutâneas. As alterações ósseas e mediastínicas não foram beneficiadas com a terapêutica ensaiada.

SUMMARY

The author reports a case of generalized Sarcoidosis in a negro womann 36 years old. Skin lesions were present on her face ressembling "Boeck's benign miliary lupoid" and nodules of psoriasiform type, symmetrically distributed, on extensor surfaces of her forearms. The patient had not clinical symptoms and X-rays did not show any signs foi evolutive tuberculosis.

Histopathology of skin lesions and lymph node shows the presence of circumscribed infiltrations of epithelioid cell with giant cells, without features of caseation.

Roentgenograms show hipertrophy of hilar and para-tracheal lymph nodes and cistoid rarefactions in phalanges and external condyle of the left femur.

Guinea pigs inoculated with emulsions of solid lymph node did not develop tuberculosis. However, culture of the same material, in Loewenstein media, gave positive result for M. Tuberculosis. The pathogenic action, of organisms cultured, was established by guinea pigs inoculations with development of experimental tuberculosis, confirmed by necropsy.

A course-test of treatment was given to the patient by hydrazides of isonicotinic acid. The patient responded well and all the skin lesions disapeared. The mediastinice and bony alterations did not respond to the therapeutic used.

CITAÇOES

1 — Pautrier, L.M. — La maladie de Besnier-Boeck, in Darier etal. Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson & Cie., 1936, vol. III, pág. 694-732.

2 — Pautrier, L.M. — a) La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, in A. Lemierre, Lenormant e Pagniex e col. Traité de Medicine, Paris, Masson & Cie., 1951, vol. III, pág. 442; b) ibid, pág. 443.

3 — Longcope, W.T. e Freimann, G.D. — A study of sarcoidosis, Baltimore, The Williams & Co., 1952, pág. 3.

4 — Rabelo, F.E. — A lepra na etiológia do lupus pérnio (Besnier) e do sarcóide dérmico (Boeck), Brasil-méd., 137 (fev.), 1935.

5 — Rabelo, F.E. — Sarcóide de Boeck leprogênico. Rev. brasil. de leprol., 4:123(jun.),1936.

6 — Pautrier, L.M. — Une nouvelle grande réticulo-éndotheliose; Maladie de Bernier-Broeck-Schaumann, Paris, Masson & Cie. 1940, págs. 302-325.

7 — Rabelo, F.E. — Sarcóide de Boeck-Schaumann — Um caso clínico e algumas observações sôbre a natureza da afeção. Tese de docência-livre para a Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia, Rio de Janeiro, 1939.

8 — Rabelo, F.E. — Aula inédita realizada no Simpósio sôbre sarcoidose. Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Serviço do Prof. Aloizio de Paula), abril, 1954.

9 — Rostenberg Jr., A. — Etiologic and immunologic concepts regarding sarcoidosis. Arch. Dermat. & Syph., 64:385(out.),1951.

10 — Rostenberg Jr., A, Zzymanski, F.G., Brebis, G.J., Haeberlin, J.B., and Sinear, F.E., — Experimental studies on sarcoidosis. Persistence and survival of inoculated microorganisms. Arch. Dermat. & Syph., 67:306(mar.), 1953.

11 — Loefgren, S. e Lundbaeck, H. — Isolation of a virus from six cases of sarcoidosis., Acta med. Scandinav. 138:71,1950.

12 — Richter, R. — Die indurative tuberculose der hant unter dem bilde der B.B. Schaumannschen erkrankung. Arch. f. Dermat. u. Syph., 190:176, 1950.

Endereço do autor: rua Diógenes Sampaio, 18, apto. 202 (Rio).

Localização e aspecto das lesões no eczema de contacto

Lain Pontes de Carvalho

Em face de um eczema de contacto em que nos é imprescindível encontrar o alergeno que o causou ou causa, para conseguir a cura completa ou evitar recidivas, o primeiro elemento que se nos revela de importância para êste diagnóstico é o aspecto e a localização das lesões.

Inúmeras vêzes, logo neste primeiro instante, indicamos com precisão qual seja o alergeno, pois êstes apresentam certa constância quanto ao local, à forma e ao aspecto das lesões que produzem.

O diagnóstico etiológico dos eczemas de contacto é realizado em se baseando nesta localização e aspecto das lesões juntamente com o interrogatório minucioso do doente e com os testes de contacto.

Estudaremos as localizações sob 3 aspectos diferentes:

1) topográficas;
2) eletivas;
3) típicas.

1) LOCALIZAÇÕES TOPOGRÁFICAS

Estabelecendo relações entre determinadas regiões do corpo humano e os alergenos contactantes, encontrados aí, produzindo sensibilizações, chegamos a algumas conclusões que nos passaram a dar uma imediata indicação do provável grupo em que se acha o alergeno.

Dos resultados já relatados em trabalho anterior (1), salientamos os dois seguintes, que consideramos básicos para o alergo-diagnóstico dos eczemas de contacto:

1.º) o eczema de face, pescoço ou face e pescoço é na sua grande maioria produzido por cosméticos;

2.º) o eczema dos membros superiores, atingindo ou não outra parte do corpo, é na sua maioria um eczema profissional.

Trabalho do Departamento de Clínica Dermatológica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Diretor: Prof. J. Ramos e Silva).

Chefe da Clínica de Alergia do Ambulatório Central do IPASE. Chefe da Seção de Alergia do Departamento de Clínica Dermatológica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

A porcentagem achada, cujo valor estatístico foi comprovado pelos cálculos de média quadrática e desvio padrão, é a que se segue:

Eczema de contacto na cabeça

Profissionais	9,5 %
Cosméticos, perfumes e sabões	78,5 %
Indumentária e adornos	9,5 %
Medicamentos	2,5 %
Domiciliares	0,0 %

Eczema de contacto dos membros superiores

Profissionais	58,0 %
Cosméticos, perfumes e sabões	13,5 %
Indumentária e adornos	15,0 %
Medicamentos	9,5 %
Domiciliares	4,0 %

2) LOCALIZAÇÕES ELETIVAS

Chamamos localizações eletivas aquelas produzidas por determinados alergenos e que são características dêstes, permitindo-nos limitar os alergenos a serem pesquisados entre a infinidade de substâncias capazes de induzirem sensibilizações por contacto.

Apresentamos dois esquemas, um de homem e outro de mulher (figuras 1 e 2), com as principais localizações eletivas e a seguir um quadro (quadro n.º 1), com uma relação mais completa destas mesmas localizações.

QUADRO N.º 1

LOCALIZAÇÕES ELETIVAS

I) *CABEÇA E PESCOÇO:*

1) *Couro cabeludo*: tinturas, tônicos, loções, permanentes e shampus, chapéu, touca de banho e grampos. Pomadas medicamentosas.

2) *Face*: esmalte de unhas, talco, "make-up", perfumes, cremes de beleza, base para pós, tinturas e tônicos para cabelo, óleo para bronzear e sabão de barba. Material em suspensão no ar, como pó de cimento, serragem, tintas e vernizes. Gôtas nasais, medicamentos para acne e cravos. Recheio de travesseiros e inseticidas.

3) *Pálpebras e região peri-orbicular*: esmalte de unhas, sombreador de pálpebras, lápis de sobrancelha e demais cosméticos. Material de uso profissional levados pelas mãos ou em suspensão no ar. Aro e líquido para limpar os vidros dos óculos. Colírios. Substâncias as mais diversas, levadas pelas mãos.

4) *Orelha e região retro-auricular*: perfumes, cosméticos usados no couro cabeludo e esmalte de unhas. Armação dos óculos e brincos. Gôtas para ouvido. Receptor de telefone. Estetoscópio.

5) *Lábios e região peri-oral*: baton e esmalte de unhas. Instrumentos musicais. Piteiras e lenços perfumados ou de papel. Pasta de dente, soluções
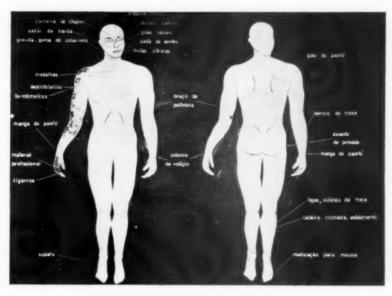
Fig. 1 — Localizações eletivas no homem.
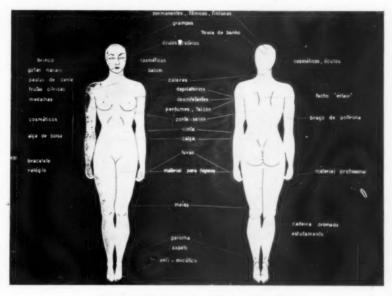
Fig. 2 — Localizações eletivas na mulher

para gargarejos e imbrocações, anestesia dentária e outras substâncias usadas pelo dentista, gôtas nasais e nebulizações. Frutas cítricas, maçã, figo, manga, tomate. Cigarro.

6) *Pescoço*: esmalte de unhas, perfumes, loções e óleos para bronzear. Cimento, serragem e tintas pulverizadas. Goma do colarinho, gravatas, gola do paletó, casacos de pele e pêlos, echarpes, colares, "sweaters" de lã. Inseticidas.

Fig. 3 — Alergeno contactante tipo A. Eczema por carneira de chapéu. Sensibilização ao bicromato de

II) *TRONCO:*

1) *Região peitoral*: óleos para bronzear, sabões. Medalhas. Tecidos de nylon, tecidos tingidos, roupas limpas a sêco, "sweaters", porta-seios e suspensórios. Cataplasmas.

2) *Região dorsal*: tecidos tingidos ou de nylon, roupas limpas a sêco, suspensório, elástico do porta-seios, fecho "echair". Óleo para bronzear e sabões.

3) *Abdomem*: Cintas, calças de nylon, elásticos das calças e cintas. Substâncias em suspensão no ar, como cimento, serragem e inseticidas (na cintura).

4) *Nádegas*: calças de nylon, cintas. Tampos de vasos sanitários.

5) *Região inguinal e peri-anal*: drogas para higiene íntima, anti-concepcionais, medicação para pediculose, sabões. Papel higiênico, fezes e produtos de sua decomposição. Calças de nylon. Substâncias levadas pelas mãos, inclusive esmalte de unhas.

III) *MEMBROS SUPERIORES.*

1) *Axilas*: perfumes, talcos, desodorantes e depilatórios. Tecidos tingidos. Desinfetantes de termômetros e inseticidas.

2) *Pernas*: depilatórios. Tecidos das calças, meias de nylon, ligas das

3) *Pés*: sapatos, meias, galochas. Medicamentos para micose, pós para bolsas, pulseiras, relógios. Vernizes, tintas e couros de mesas. Braços de poltronas. Esmalte de unhas.

4) *Mãos*: substâncias as mais diversas e em grande número, com predominância do material em uso na profissão, como tintas, vernizes, cimento, gasolina, medicamentos, etc. Luvas, anéis, pastas de couro, moedas, guidon de automóvel, tinta de jornal, canetas. Medicamentos de uso pessoal ou não.

Fig. 4 — Alergeno contactante tipo A. Eczema por tampo de vaso sanitário. Sensibilização a tinta esmalte.

IV) *MEMBROS INFERIORES:*

1) *Coxas*: depilatórios. Meias de nylon e ligas das meias. Tecido das calças. Objetos nos bolsos das calças, como moedas, chaves, isqueiros e fósforos.

2) *Braços*: cosméticos usados no couro cabeludo (ao dormir). Material meias, elásticos de soquetes e botinas. Estufamento e material cromado ou envernizado de cadeiras.

3) *Ante-braços*: material de uso na profissão. Manga do paletó, alças de os pés.

3) LOCALIZAÇÕES TÍPICAS

Se, com as localizações topográficas, reduzimos os alergenos a serem pesquisados a um determinado grupo, e se, com as eletivas, limitamos ainda mais o número dêstes alergenos, com as localizações típicas temos uma indicação precisa da própria substância procurada.

Chamamos de localização típica aquela em que o alergeno entra em contacto com o corpo por uma superfície mais ou menos dura, dando uma forma à lesão, deixando o seu desenho na pele, sendo, portanto, própria, típica do objeto portador do contactante.

Em trabalho já referido (1), tivemos a oportunidade de classificar os alergenos de contacto em dois tipos:

alergeno contactante tipo A, ou dispersível; e

alergeno contactante tipo B, ou não dispersível.

De alergenos tipo A chamamos aquêles capazes de constituir as lesões típicas — alergenos que não se espalham em contacto com o corpo, como uma alça de pasta de couro, um cabo de ferramenta, um brinco, etc. (figuras 3 e 4).

Estas localizações típicas, produzidos pelos alergenos tipo A, foram magistralmente estudadas por WALDBOTT (2), com a designação de "pattern", têrmo que emprega para indicar a impressão, molde ou estampa deixada na pele pelo objeto portador do alergeno.

De alergeno tipo B chamamos os que não localizam a lesão, substâncias que se espalham, se alastram, como o cimento, a serragem, os medicamentos, os sabões, etc. (figuras 5 e 6).

ASPECTOS DAS LESÕES

Os alergenos, conforme o seu estado físico, a sua potência alergenizante e o número de vêzes e o tempo em que entrem em contacto com a pele, produzem lesões de aspectos diferentes, o que nos orienta muitas vêzes para o diagnóstico etiológico.

A seguir relacionamos os principais casos em que êste aspecto das lesões nos podem ser úteis.

a) lesões poupando certas partes da pele — sulcos e regiões mais profundas — são provàvelmente produzidas por corpos sólidos;

b) lesões atingindo principalmente os sulcos e depressões da pele serão produzidas por líquidos ou substâncias semi-flúidas;

c) lesões de distribuição uniforme em tôrno de uma área de maior irritação indicam provável sensibilização a uma substância semi-sólida que tenha entrado em contacto no ponto de maior irritação;

d) lesões eritêmato-ademato-vesiculosas com grande exsudação mostram uma sensibilização aguda, muitas vêzes conseqüência de um contacto, recente, com o alergeno;

e) lesões com bolhas evidenciam uma violência de sensibilização geralmente produzida por substância de alto poder alergenizante;

f) lesões eritêmato-escamosas mostram uma cronicidade decorrente provàvelmente de um alergeno de uso constante.

Fig. 5 — Alergeno contactante tipo B. Eczema por pomada anti-pruriginosa. Sensibilização a um anti-histamínico.

RESUMO

O autor estuda os eczemas de contacto quanto às localizações e aspecto das lesões que produzem.

Classifica as localizações em topográficas, eletivas e típicas, mostrando o valor das mesmas quanto ao diagnóstico etiológico: as topográficas indicando, de início, qual o grupo do alergeno; as eletivas, mostrando quais as substâncias causadoras comumente de lesões em determinados locais; e, as típicas, revelando o próprio objeto portador do alergeno.

O aspecto das lesões também é considerado quanto às suas possibilidades de orientação no diagnóstico do eczema de contacto.

SUMMARY

The author studies the contact-eczema with respect to the localization and aspect of the lesion they produce.

He classes the localizations in: topographical, elective and typical, showing their value with respect to the etiological diagnostic: the topographical showing first which is the group of the allergens; the elective ones showing which substances are the usual causer of lesions in certain places and the typical ones showing the object itself holder of the allergen.

The aspect of lesions is also considered with respect to its possibilities of orientation in the diagnostic of the contact-eczema.

RÉSUMÉ

L'auteur étudie les eczémas de contact quant'aux localisations et aspect des lésions qu'ils produisent.

Il classe les localisations en: *topographiques*, électives et typiques, montrant leur valeur quant'au diagnostique etiologique: les topographiques, indicant de suite quel est le groupe de l'allèrgène, les electives montrant quelles sont les substances qui le plus souvent causent les lésions en de certaines places et les typiques qui révèlent l'objet même porteur de l'allergène.

L'aspect des lésions est aussi considéré quant'à ses possibilités d'orientation pour le diagnostique de l'eczéma de contact.

Fig. 6 — Alergeno contactante tipo B. Eczema por cera de assoalho.

CITAÇÕES

1) Pontes de Carvalho, L.: Diagnóstico etiológico-topográfico de 135 casos de eczema de contacto. Trabalho inédito apresentado para concorrer ao prêmio Hélion Póvoa, de 1933, na Sociedade Brasileira de Alergia.

2) Waldbott, G. L.: Contact dermatitis, Illinois, Charles C. Thomas, 1953, pág. 31.

Endereço do autor:
Largo da Carioca, 5 — 1.º, s. 116-117 (Rio)

Novas concepções sôbre a mancha mongólica

Situação atual do problema

Domingos Silva

Um tema pouco estudado em Dermatologia é o da chamada *mancha mongólica*, a cuja presença se atribui valor etnológico, estatuído como está que a mesma traduz sinais de mestiçagem. Tão generalizado é êste conceito que a existência dessa mancha, que o povo conhece geralmente pelo nome de "genipapo" (devido à côr da mancha simular a deixada pelo suco da fruta dêsse nome), criou o aforismo popular de "quem tem genipapo é preto ou mulato".

Todos os tratadistas, com efeito, afirmam que as manchas mongólicas aparecem como característica racial, sobretudo nos grupos étnicos xantoderma e faioderma, um pouco menos nos melanoderma, não sendo encontrados, a não ser excepcionalmente, nos neonatos de côr branca (leucoderma).

Êste fato estaria de acôrdo com as verificações de COMBY (citado por DARIER — 1), que apenas registrou a presença de m.m. em 2 a 3 por 1.000 dos recém-natos de raça branca.

As manchas mongólicas são congênitas. Aparecem ao nascer, vão se atenuando pouco a pouco com a idade e desaparecem num período de vida variável, segundo os autores: 3.º ou 4.º ano — BECKER & OBERMAYER (2), 6.º ou 7.º ano — COMBY (citado por DARIER — 1), 8.º ao 10.º ano — SEZARY (3), podendo persistir até a puberdade — RABELO (4).

BECKER & OBERMAYER (2) admitem que, embora a m.m. desapareça aparentemente no 3.º ou 4.º ano de vida, o exame histológico pode, entretanto, revelar a presença de melanoblastos dérmicos em grande número de crianças até 12 anos de idade.

Em contraposição aos dados clássicos, BLOCH (citado por DARIER — 1) informa que a existência de um certo número de células pigmentares especiais, com função de melanoblastos, seria normal e constante no derma da região sacra dos recém-natos europeus.

Professor Catedrático, interino, de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina do Pará.

As manchas mongólicas, de tamanho variável, são habitualmente localizadas na região sacra ou sacro-coccigéia, por vêzes deslocadas para um dos lados das nádegas; mais raramente são encontradas em outras regiões: dorsal, lombar e, excepcionalmente, na face (3).

A mancha mongólica foi estudada inicialmente por GRIMM (citado por PERIN — 5) e logo depois por BALZ (6), entre os esquimaus. Estudos posteriores foram feitos por APERT, ADACHI e EL BAHRAWY (citados por SEZARY — 3).

Além da designação científica (mancha mongólica) que lhe foi dada por BALZ (6) e da designação popular brasileira (genipapo), ela é também chamada "Carepê", em certas localidades do interior paraense (7).

Para SEZARY (3) a m.m. é uma variedade de nevus azul, sendo que os tipos padrões de nevus podem aparecer muito tempo após o nascimento, às vêzes mesmo na idade adulta, ao passo que a mancha mongólica é congênita. Acentua ainda SEZARY que a m.m. nunca se transforma no sentido da malignidade, o que por vêzes acontece ao lentigo, nevus tuberoso e nevus azul de TIÈCHE-JADASSOHN.

A histologia revela que a m.m. é devida a um conglomerado de células pigmentares profundamente situadas, dopa-positivas, única condição normal da existência de melanoblastos fora de sua posição habitual na basal, de vez que no derma as células pigmentares encontradas são dopa-negativas (melanóforos).

*

* *

MATERIAL DE ESTUDO

Procurando interpretar a rigor a significação étnica da mancha mongólica, procedemos a um inquérito abrangendo 306 crianças de 0 a 4 anos de idade, tendo oportunidade de verificar que os dados que registramos não conferiam e, às vêzes, até divergiam fundamentalmente do que está clàssicamente aceito.

Das 306 crianças observadas, 107 pertencem ao Educandário "Eunice Weaver" e as 199 outras ao Pôsto de Puericultura "Marina Crespi", da Legião Brasileira de Assistência de Belém do Pará (êstes últimos dados foram registrados pelo Dr. Heber Monção, puericultor do referido Pôsto).

As 306 crianças foram repartidas em 3 grupos etários:

a) de 0 — 12 meses (199 do Pôsto e 31 do Educandário) = 230
b) de 13 — 24 meses (39 do Educandário) .... = 39
c) de 25 — 48 meses (37 do Educandário) .... = 37

RESULTADOS ENCONTRADOS

Nossas observações permitem admitir que, pelo menos entre nós, os dados clássicos estabelecidos pelos tratadistas não se encontram a rigor.

Inicialmente verificamos que o número de crianças, que apresentava m.m. ao nascer, diminuía consideràvelmente a partir dos 2 anos de idade; portanto, muito antes do que registram os autores, citados acima (2 e 4). Os dados que anotamos são os que se seguem:

Crianças com mancha mongólica = 108, isto é, 35,2 %, assim distribuídas:

1. No Educandário "Eunice Weaver", menores de 0 — 12 meses = 37

   Positivos, 20, ou seja 54,8 %
   Negativos, 17, ou seja 45,2 %

   No grupo do Pôsto de Puericultura "Marina Crespi", onde são atendidas apenas crianças dêsse grupo etário (0 — 12 meses), dos 199 infantes examinados anotamos os seguintes resultados:

   Positivos, 94, ou seja 47,3 %,
   Negativos, 105, ou seja 52,7 %.

2. No grupo etário 13 — 24 meses (Educandário), encontramos, 39 inf.

   Positivos, 10, ou seja 25,6 %.

3. No grupo 2 — 4 anos (Educandário), 33 crianças, com:

   Positivos: 5, ou seja 13,6 %.

Em resumo: somando os resultados do grupo 1, teremos 230 infantes com 48,2 % de resultados positivos, contra 25,6 % no grupo 13 — 24 meses e apenas 13,6 % no grupo etário 2 — 4 anos.

*
* *

Outro aspecto interessante do problema, que tem sido considerado como pacífico pelos tratadistas, é que a m.m. se encontra quasi que exclusivamente nos mestiços e amarelos, um pouco menos nos negros e sendo bastante rara nos brancos.

A rigor é muito difícil distinguir êsses tipos raciais, entre nós, se atentarmos que a composição da nossa população é muito misturada em seus caracteres fundamentais. Por isso tivemos o cuidado de separar os indivíduos observados, segundo características raciais básicas: côr da pele, tipo e coloração dos cabelos (aliás, caracteres fundamen-

tais na distinção das raças, segundo VON LUSCHAN). A composição da população está registrada na tabela que se segue:

TABELA N.º 1

Distribuição de 306 infantes examinados segundo a côr (Belém, Pará, 1954)

GRUPO ÉTNICO (Roquette Pinto)	EDUCANDÁRIO 0 — 4 anos	P. PUERICULTURA 0 — 1 ano	TOTAL
Leucoderma (brancos)	60	76	136
Feoderma (pardos)	40	113	153
Melanoderma	7	10	17
Total	107	199	306

TABELA N.º 2

Percentual de positividade da mancha mongólica, segundo o grupo étnico (Belém, Pará, 1954)

GRUPO ÉTNICO (Roquette Pinto)	TOTAL	MANCHA MONGÓLICA	
		+	%
Leucoderma	135	23	17,0
Feoderma	154	116	75,3
Melanoderma	17	8	47,0

Vejamos agora o percentual de positividade de mancha mongólica que encontramos:

CONCLUSõES

Fica patenteado, assim, que:

1. A m.m. incide, como seria de esperar, sobretudo entre os mestiços (faioderma), que apresentaram 75,3 % de casos positivos.

2. Dentre os negros, o percentual de positividade é muito menor (47,0).

3. Nos brancos o percentual de positividade encontrado *foi muito elevado* (17,0 %), o que daria 170 por mil, *diferindo extraordinàriamente dos achados clássicos*, ou seja, 2 a 3 por mil, segundo COMBY. O resultado que anotamos está, porém, de acôrdo com as afirmativas de BLOCH (1) da presença normal e constante, no derma da região sacra dos recém-natos europeus, de células pigmentares, com função de melanoblastos.

Com as ressalvas feitas a respeito da composição racial da população examinada, é óbvio que o grau de positividade encontrado nos leucoderma é muito alto.

4. Seria interessante que inquéritos semelhantes fôssem feitos no sul do país, o que permitiria situar o problema no Brasil, em seu verdadeiro significado étnico.

5. Contrariando também os dados clássicos, é evidente que entre nós a m.m. desaparece muito cedo, sendo rara a partir do 2.º ano de vida. Podemos mesmo afirmar que decresce acentuadamente a partir do fim do 1.º ano de vida.

6. Dos dados encontrados, pode-se inferir que a presença da m.m., considerada como sinal de mestiçagem, deve ser encarada com a devida reserva.

SUMÁRIO

O A. passa em revista os dados clássicos sôbre m.m. Em razão de um inquérito procedido em 306 crianças, de 0 a 4 anos de idade, em Belém, Pará, chega à conclusão que a m.m. desaparece usualmente nos 2 primeiros anos de vida, na grande maioria das crianças, e que os recém-nascidos de raça branca apresentaram percentual de positividade muito alto, ou seja 17,0 %.

Sugere a realização de inquérito semelhante no sul do país a fim de estabelecer o valor étnico real da m. mongólica.

SUMMARY

The Author reviews the classical data about Mongolian spot. Based on a study of 306 children from 0 to 4 years old in Belem, Pará State, the author concludes that Mongolian spot dispappears generally up to 2 years old and that the new-born children of the white race presentend a very high percentage of its presence on about 17.0 %.

CITAÇÕES

1. DARIER, J. — Compêndio de Dermatologia, 2.ª ed., Barcelona, Salvat Ed. S. A., 1935, pág. 365.

2. BECKER, S. W. & OBERMAYER, M. E. — Modern Dermatology and Syphilology, 3.ª ed., Philadelphia, Lippincott Comp., 1943, págs. 587-588.
3. SEZARY, A. — in J. Darier et al. — Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie. Ed., 1936, V, pág. 908.
4. RABELO, F. E. — Nomenclatura dermatclógica, An. brasil. de dermat. e sif., 28:273(de.),1953.
5. PERIN, L., in J. Darier et al. — Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie. Ed., 1936, VI, pág. 457.
6. BALZ, R. — Noch einmal die blauen Mongolenflecke. Zentralbl. f. Anthropol., 7:329,1902.
7. BARATA, Froylan: comunicação pessoal.

Endereço do autor: trav. Benjamin Constant, 767 (Belém, Pará)

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 28 de abril de 1954

Verificada a existência de quorum, o Sr. Presidente declara iniciada a sessão, submetendo, desde logo, à apreciação da Casa as seguintes propostas de sócios: para sócios efetivos, dos Drs. FERNANDO CARNEIRO, do Rio de Janeiro, e VALTER CARVALHO DE ABREU, de Teresina; para sócios correspondentes, dos Profs. Dr. J. J. ZOON, de Utrecht, Holanda, e POUL V. MARCUSSEN, de Copenhague, Dinamarca, e dos Drs. H. GOTZ, de Munich, Alemanha, E. A. HERMANS SR., de Rotterdam, Holanda, H. W. SPIER, de Munich, Alemanha, P. CACCIALANZA, de Milão, Itália, e C. BRUCK, de Estocolmo, Suécia; e, para sócio honorário, do Prof. Dr. MÁRIO SIMÕES TRINCÃO, de Coimbra, Portugal.

Em seguida, o Sr. Secretário procede à leitura de carta do Dr. Ênio Campos, da Secção do Rio Grande do Sul, propondo o período de 24 a 27 de setembro, do corrente ano, para a realização, em Pôrto Alegre, da XI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros.

Pelo Dr. R. D. Azulay é sugerido que se convide o Dr. Marchionini para vir ao Brasil, como hóspede da Sociedade. E, pelo Prof. F. E. Rabelo, é proposto seja consignado em ata voto de louvor ao Dr. Azulay, pela recente conquista, mediante concurso, da cátedra da especialidade na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, e, ao Dr. Peryassú, pelo brilhantismo com que prestou, há pouco, concurso de livre-docência.

ORDEM DO DIA:

CASO DE PITIRÍASE RÓSEA — PROF. R. D. AZULAY

Após apresentar o caso de um jovem, faz considerações acêrca da raridade da moléstia no Rio de Janeiro.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Ressalta a importância da comunicação, reveladora da existência de uma geografia das dermatoses no Brasil. Em favor desta idéia diz existir o fato de que qualquer lesão lupiforme, vista acima do Rio de Janeiro, não deve ser lúpus, até prova em contrário; deve ser leishmaniose ou qualquer outra forma encontradiça nos climas tropicais. Essas diferenças mostram-se, também, de um para outro centro dermatológico, como acontece com a pitiríase rósea, relativamente freqüente em São Paulo e francamente rara no Rio de Janeiro. Aqui, naturalmente, devido à raridade da pitiríase rósea, torna-se mais difícil o seu diagnóstico. Chama a atenção para a existência de formas intermediárias entre a pitiríase rósea e a eczematide, evidenciada por Brocq, e cujo diagnóstico é difícil.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Confirma as palavras do Dr. Azulay, relativamente à grande freqüência de pitiríase rósea nos Estados Unidos, principalmente em determinadas épocas do ano, nas quais são vistas as mais variadas formas, quase diàriamente. Refere haver observado, de setembro de 1953 até agora, 5 casos da doença e menciona que no Hospital dos Servidores do Estado têm a impressão de que, quanto à sua incidência, a enfermidade se aproxima ou é maior do que a do psoríase.

Prof. Osvaldo Costa — Declara que em Belo Horizonte a pitiríase rósea de Gibert é relativamente freqüente.

CASO DE LESÃO LUPIFORME NO NARIZ (2.ª apresentação) — DR. R. VIEIRA BRAGA

"Nesta reapresentação do caso, chamamos a atenção para os seguintes fatos novos: primeiro, a reação de Montenegro positivou-se de maneira acentuada, chegando, mesmo, à necrose, conforme se poderá ver pela cicatriz existente no ante-braço esquerdo; segundo, as provas com a tuberculina, a 1/1.000, a 1/10.000 e a 1/100.000, por 24 horas apenas, parecem caminhar para a positividade; terceiro, a terapêutica pela hidrazida continua a proporcionar melhoras indiscutíveis.

A etiologia, que oscilava entre lúpus vulgar e leishmaniose, ainda permanece obscura, pois, se existem elementos favoráveis à primeira suposição (passado tuberculoso, radiografia dos pulmões, histopatologia, efeito benéfico da hidrazida), também os há favoráveis à segunda (freqüência no meio rural, de onde provém o paciente, o que se contrapõe à raridade do lúpus vulgar entre nós; a acentuada positividade da reação de Montenegro, cuja especificidade não é de 100 %, como se sabe, pois já foi verificada na tuberculose ganglionar; a perfuração do septo nasal, ocorrência mais comum na leishmaniose do que no lúpus vulgar).

A ação favorável da hidrazida do ácido isonicotínico, no caso de confirmar-se a última suspeita, é fato a nosso ver inteiramente novo no campo da terapêutica."

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Julga muito difícil afastar inteiramente a hipótese de tuberculose no caso, em face do passado recente de tuberculose pulmonar, do infiltrado infra-clavicular, das reações vivas à tuberculina que o paciente apresenta. Por outro lado, salienta-se a importância diagnóstica da reação de Montenegro, positiva depois de alguns dias, quando a histologia revela um granuloma tuberculóide com necrose fibrinóide, tudo conforme lhe foi dado mostrar, em 1944, mediante trabalho de equipe. Além disso, o paciente apresenta perfuração do septo cartilaginoso, o que, embora no seu material seja mais freqüente na leishmaniose, pode ocorrer em outras enfermidades, como a tuberculose. Refere que a reação de Montenegro positiva não invalida o diagnóstico de tuberculose, pois essa positividade pode decorrer de contacto anterior do paciente com leishmânias, sobretudo no caso do paciente em questão, oriundo do Estado do Rio, onde a leishmaniose existe endêmicamente. O mesmo fato deve ser observado relativamente aos pacientes portadores de tuberculose ganglionar, apresentando Montenegro positivo, embora alguns autores neguem especificidade estrita a essa reação. Concluindo suas ponderações, que, segundo diz, são despertadas pelo interessantíssimo caso do Dr. Vieira Braga, declara não ser absolutamente desarrazoado pensar numa forma de invasão de tecido leishmaniótico pelo bacilo de Koch. Adita, ainda, que, hoje, se tem propagado muito a idéia de que o bacilo de Koch pode estar como invasor de lesões provocadas por outras moléstias.

Dr. Almir G. Antunes — Refere o interêsse da reação arsenical, que talvez traduza melhor o aspecto etiológico da doença, visto ser o arsênico contra-indicado na tuberculose.

CASO PRO-DIAGNOSE, pelos DRS. FERDINANDO DA SILVEIRA e R. VIEIRA BRAGA

Apresentam o caso de homem branco, de 69 anos de idade, brasileiro, carpinteiro, que há mais de 30 anos é portador, no joelho esquerdo, de pequena saliência, hemisférica, mole, depressível, de côr violácea, acusando dores intensas à apalpação e ao atrito das roupas.

Formulam as seguintes hipóteses: tumor gômico, de localização rara; angioma tuberoso, às vêzes bastante doloroso, segundo Sutton e Sutton (Diseases of the skin, 10.ª ed., pg. 600); e neuro-angioma.

Esperam que a biópsia, a ser realizada, esclarecerá o diagnóstico, manifestando, porém, o desejo do pronunciamento dos presentes à reunião.

CASO DE PARAPSORIASE — PROFS. F. E. RABELO e R. D. AZULAY e DR. J. B. RISI

E' apresentado caso com diagnóstico presuntivo de parapsoríase em gôtas, em conseqüência de seu aspecto clínico. Trata-se de jovem com erupção profusa, abundante, datando de 6 semanas e caracterizada, sobretudo, por dois tipos de elementos: elementos residuais, sob a forma de cicatrizes finas, superficiais, leucodérmicas, salpicando o corpo de elementos ativos, alguns dos quais se distribuem ao longo das linhas de clivagem do corpo, com aspecto relativamente característico, em que se observa a escama em pastel foleado. A investigação tuberculínica revelou resposta evidente apenas na diluição a 1/1.000, parecendo indicar que o caso não se compreende no ciclo tuberculoso.

CASO DE EPITELIOMA DO LÁBIO, TRATADO HÁ 16 ANOS (CURA DEFINITIVA — DR. E. DROLHE DA COSTA

E' apresentado indivíduo portador de lesão cicatricial do lábio inferior e que, em 1938, apresentou, na mesma região, vasto epitelioma espinocelular, confirmado mediante prova histopatológica, realizada pelo Prof. H. Portugal. Na ocasião foi feito tratamento pelo raio X, na dose total de 4.000 e irradiação profilática dos gânglios. O paciente vem sendo acompanhado durante todo êsse lapso e não apresentou qualquer recidiva.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Refere a existência de duas correntes relativamente à ténica de tratamento dos epiteliomas epidermóides: uma, da qual a principal figura é precisamente o Dr. Henry Coutard, ao ver da qual não se deve tocar os gânglios, visto que a metástase se limite a 15-20 % dos casos; e, a outra, que preconiza a técnica que pusemos em prática em 1937, juntamente com os Drs. E. Sattamini, Lauro Sá e Silva e E. Drolhe da Costa, técnica esta que recomneda a irradiação profilática dos gânglios, o que, em certas localizações, como no epitelioma da orelha, torna-se difícil, pois, em tais localizações, não é fácil precisar os gânglios que devem ser irradiados. No caso apresentado, foi adotada esta última técnica.

TRATAMENTO DO VITILIGO COM AMOIDINA E AMIDINA — DR. JARBAS A. PÔRTO

"Constitui objeto de nossa comunicação a observação de reações locais mais ou menos violentas ao uso tópico de extrato do Ammi Majus Linn, em três doentes.

Dois pacientes, aos nossos cuidados, receberam instruções de usar a medicação não diluída e expor-se ao sol por três minutos, exclusivamente no dorso das mãos. Um dêles já estava tomando a medicação por via oral há dez dias. Ambos, apesar de advertidos, fizeram uso da medicação em várias áreas do tegumento, e, após a após a exposição ao sol, por nós recomendada, foram expostos ao sol por um tempo mínimo de meia hora, imediatamente após o tratamento.

O terceiro paciente por nós observado, por gentileza do Dr. Narciso Haddad Neto, usou a medicação em diluição de 25 % e expôs-se ao sol por um minuto apenas, mas, como os anteriores, fês uso liberal da medicação em várias áreas do tegumento.

Os dois doentes por nós observados tiveram reação local intensa do tipo de queimadura do segundo grau, com grande reação edematosa e formação de bolhas volumosas nas áreas tratadas e em intervalos de 8 e 24 horas após a primeira aplicação.

Um dêles já se recuperou e atualmente está suportando bem o tratamento tópico com exposição ao sol por um minuto. O segundo, ainda em tratamento, tendo sido necessária anestesia geral para limpeza cirúrgica, tal a intensidade das dores de que se queixava o paciente.

O doente do Dr. Narciso teve apenas volumoso edema das áreas periorbitárias e cervical, mas houve recuperação rápida sem "reliquats" cicatriciais.

O Dr. Osvaldo R. V. Cruz, em comunicação pessoal que nos fêz, informou que alguns doentes por êle tratados, com solução diluída e com exposição de apenas 15 segundos à irradiação ultravioleta, tiveram reação eritêmato-vesículo-edematosa intensa.

Considerando as reações que acabamos de relatar, vimos pedir a colaboração dos colegas, no sentido de saber se têm tido semelhantes complicações com o tratamento pelo extrato de Ammi Majus Linn, salientando que as recomendações de uso não abusivo da medicação não é seguida pelos pacientes. E' nosso pensamento que a solução deva ser aplicada em sua concentração normal, no caso de ser usada, e que as reações são imprevisíveis. Todavia, deverá ser indicada sòmente nos casos em que o tratamento por via oral não surtir os efeitos desejados."

COMENTÁRIOS:

Dr. Almir G. Antunes — Diz acreditar que as consequências desastrosas resultem da exposição ao sol e declara haver obtido resultados bastante satisfatórios com o uso exclusivo de ultravioleta, mediante exposição reduzida e na distância de 1,5 metros.

Prof. R. D. Azulay — Informa que, em Madrid, bem como em outras partes da Europa, já estavam contraindicando o uso oral, e não o local, porque êste seria até certo ponto controlável. Tem, no momento, oito clientes em tratamento com meladinine adquirida em Paris, não havendo obtido reações desagradáveis com o produto diluído a 1/10 e exposição reduzida ao ultravioleta, com proibição de exposição à luz solar.

Prof. F. E. Rabelo — Declara que não tem tido acidentes com a meladinine, pois emprega doses pequenas e faz irradiação com lâmpada de infravermelho.

PORFÍRIA CONGÊNITA ACOMPANHADA DE HIDROA ESTIVAL, EPIDERMOLISE BOLHOSA DISTRÓFICA, HIPERTRICOSE E MELANOSE — Prof. Osvaldo Costa

Apresenta um caso de porfíria bolhosa e erosiva associada à Hidroa vaciniformia. A presença de numerosas cicatrizes fala a favor desta associação.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Declara que, a seu ver, não deve ser caracterizada, no caso, a epidermolise bolhosa distrófica, em face da ausência de distrofias dentárias ungueais e hiperidrose palmo-plantar. Diz que a presença de milia pode ser observada no caso, sem sugerir a epidermolise bolhosa distrófica.

Prof. H. Portugal — Declara que, nas duas lâminas do caso, há deslocamento sub-epidérmico, o qual se encontra na epidermolise bolhosa distrófica e

na hidroa vaciniforme, sendo que nesta existe um processo inflamatório intensíssimo.

Dr. Gline L. Rocha — Acha muito plausível a hipótese de epidermolise bolhosa e ressalta o epidermotrofismo exagerado que o paciente apresenta.

Prof. Osvaldo Costa — Diz achar que o seu caso é exclusivamente de porfíria e exclui a hipótese de epidermolise bolhosa.

Sessão de 26 de maio de 1954

Por proposta do Prof. Ramos e Silva é aprovado voto de pesar pelo falecimento do Dr. Carlo Santi.

ORDEM DO DIA:

TRATAMENTO DO LÚPUS ERITEMATOSO PELO SULFATO DE CLOROQUINA — PROF. J. RAMOS E SILVA

Após discriminar os diversos trabalhos sôbre o tratamento do lúpus eritematoso com medicamentos anti-maláricos, refere os resultados observados, em 32 casos desta afecção, com o sulfato de cloroquina (nivaquina), produto não corado, que não apresentaria o grave inconveniente de provocar a amarelidão difusa do tegumento.

Dêsses 32 casos, 7 não reapareceram para o contrôle de cura, restando 25 casos que, acompanhados, revelaram os seguintes resultados: cura clínica, quer dizer, apagamento das lesões — 6 casos, ou seja, 24 %; grandes melhoras, isto é, melhora de mais de 50 % — 9 casos; melhora, quando o progresso no aspecto das lesões é menor do que 50 % — 7 casos; sem alteração — 2 casos.

O esquema básico de tratamento consistiu em 1 comprimido de 0,15g, duas vêzes por dia, de preferência às refeições, durante 20 dias, havendo uma pausa de 10 dias de repouso, em cada mês.

E' de se assinalar a sensibilidade do lúpus eritematoso a êsse tipo de tratamento, conforme demonstra a cura clínica de um caso com apenas 3g do medicamento, e a boa tolerância, observando-se intolerância em um caso, sòmente.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Acentua o interêsse da comunicação do Prof. Ramos e Silva. E' de opinião que se deve ampliar a noção do progresso no tratamento desta afecção, compreendendo os trabalhos de Tommasi, com o salicilato de sódio, e o emprêgo dos hormônios corticóides. Comparando com as medicações anteriormente empregadas, o progresso parece evidente na maior proteção para o doente, menor perigo de acidentes graves e na rapidez da resposta, de grande importância, porque o eritematodes conduz ràpidamente à cicatriz.

Dr. Osvaldo Serra — Tem a impressão de que os produtos corados dão melhor resultado, porque tais derivados da acridina, embora foto-sensibilizadores, diminuiriam a foto-sensibilização da pele, absorvendo fotons, o que evitaria a incidência de determinado número de fotons sôbre a pele. Nos 36 pacientes de sua observação, com o uso da quinacrina, teve 25 casos de cura clínica, havendo observado regressão nítida no eritema dentro de 8 a 10 dias de tratamento e cessação da hiperestesia no fim de 15 dias, em média. Acredita haver trazido uma contribuição com o emprêgo da vitamina A no seu esquema, em doses de 200 a 300.000 unidades diárias, pois a mesma melhora consideràvelmente a cicatriz.

Dr. Gline L. Rocha — Cita as hipóteses sugeridas pelo Prof. Sulzberger para explicar a ação da quinacrina sôbre o lúpus eritematoso — tratar-se-ia de ação plasmocida, igual à que essas drogas têm em relação ao impaludismo, hipótese que o citado professor afasta de início porque medicamentos iguais, como o quinino, não dão resultado nesta afecção, ou a quinacrina agiria como um guarda-sol, protegendo a pele, e, neste caso, acredita que os derivados corados seriam mais eficientes. Levando-se em consideração, entretanto, o antigo tratamento de Hollander, com sulfato de quinina e solução de iodo, indaga do Prof. Ramos e Silva se não se poderia, com êste argumento, traçar um paralelo com a indagação do Prof. Sulzberger.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Referindo-se às duas estatísticas, a do Dr. Serra e a do Prof. Ramos e Silva, a primeira advogando o uso dos preparados corados, acha interessante o mesmo investigador utilizar os dois tipos de medicamentos, porque o critério de observação é muito individual. Quanto à afirmação da necessidade da acridina, um foto-sensibilizador, como protetor contra a foto-sensibilização, cita dois casos de cura de erupção polimorfa devido a foto-sensibilização, por meio da cloroquina, relatados nos artigos de Pilsburg, no "J.A.M.A.", e de Harvey e Cochrane, no "Journal of Investigative Dermatology".

Prof. J. Ramos e Silva — Respondendo aos comentários, diz que a discussão girou, sobretudo, em tôrno da avaliação de resultados e em tôrno do modo de ação do medicamento. Quanto ao primeiro fato, está de acôrdo com o Dr. Padilha, pois na avaliação de resultados entra sempre um fator pessoal que é inevitável, principalmente em matéria de medicamento novo em que há uma tendência sempre para o exagêro. Assim é que, na sua estatística, teve o cuidado de fazer uma censura bastante rigorosa, o que diminuiu, de maneira significativa, os resultados favoráveis que poderiam francamente ser iguais aos obtidos pelo Dr. Serra. Quanto ao segundo ponto, prefere abster-se de qualquer suposição em tôrno do modo de ação dos medicamentos; porém, se se quizesse especular, pensaria numa ação vascular especial dêsses medicamentos, pois tem obtido bons resultados em outras afecções congestivas, como a rosácea, etc.

LESÕES BOLHOSAS, CROSTOSAS E VEGETANTES NAS EXTREMIDADES (PRÓ-DIAGNOSE) — DR. R. VIEIRA BRAGA

"Menina, com 12 anos, vem, há um ano, apresentando, no dorso das mãos e pés, lesões isoladas, pustulosas crostosas ou vegetantes que se iniciam por bolhas, pruriginosas e de pequeno volume. Parece-nos caso banal de piodermite, porém tem êle certas particularidades que o tornam digno de atenção:

1.ª — lesões precedidas de bolhas, em surtos periódicos;
2.ª — assim como aparecem, desaparecem espontâneamente;
3.ª — localização especial no dorso das mãos e pés;
4.ª — o fato da genitora da paciente ser portadora de pênfigo vegetante de Neumann, atualmente em fase de recaída.

Sem querer tirar qualquer ilação dos fatos mencionados, pedimos a opinião dos colegas."

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Acha o caso de diagnóstico bastante difícil e sugere para o mesmo a hipótese de "larva migrans", pois se observa, num dos espaços interdigitais, um trajeto linear sinuoso. Uma outra hipótese, mais interessante, seria a de escoriações neuróticas e consecutiva impetiginização das mesmas.

Dr. L. Campos Melo — Acredita que a paciente, submetida a tratamento, sob contrôle permanente, num regime hospitalar, teria a sua dermatose curada como uma simples piodermite que estaria superposta a uma dermatite fictícia.

FRAMBOESIDE TARDIA QUERATODÉRMICA — DRS. GLINE L. ROCHA e SILVIO FRAGA

E' apresentado um doente, com lesões queratodérmicas plantares, que foram identificadas como framboesides tardias queratodérmicas, não só pela procedência do paciente como pela ausência de passado venéreo, e uma anamnese na qual se pode seguir todo o decurso da infecção boubática. Assim é que, há 9 anos, se traumatizou na região plantar direita, quando trabalhava no campo; nos dias subsequentes notou o aparecimento de uma lesão ulcerosa, à qual se superpôs uma lesão proliferativa. Usou algumas injeções de Acetilarsan, com o que conseguiu o desaparecimento da lesão. Cêrca de 3 meses após, apresentou lesão de aspecto eritematoso, na região plantar, tendo sido medicado com Tarvan, tártaro vanadato de sódio. Passados 6 meses, apresentaram-se lesões não pruriginosas, análogas à anterior, localizadas nas regiões plantares, palmares, nos joelhos e nos cotovelos. Tomou, nessa ocasião, tártaro vanadato, obtendo nova remissão das lesões, para logo apresentar essas mesmas lesões, que persistem. Foi feita uma reação sorológica quantitativa, apresentando um resultado de 256 unidades reativas de Kahn.

COMENTÁRIOS:

Dr. L. Campos Melo — Refere a existência de lesões circinadas no braço, de aspecto que lembram epidermomicose, além da hiperqueratose pontuada, de maneira que nada impede a ocorrência de uma associação de epidermomicose banal com processo hiperqueratósico de etiologia boubática.

SINDROME DE BEHCET — DR. DEMÉTRIO PERYASSÚ

E' apresentado paciente com lesão de eritematodes, na região pré-auricular direita, sequelas cicatriciais de eritematodes no pômulo esquerdo, e, ainda em evolução, um quadro dermatológico polimorfo com a caracteristica de deixar sequelas cicatriciais e com lesões bucais de aftose.

O paciente foi inicialmente visto há 2 anos, com lesões verrucosas localizadas nos membros superiores e membros inferiores, que sugeriram a possibilidade de um pênfigo de Neumann ou de uma piodermite vegetante. Duas biópsias, realizadas na ocasião, revelaram um processo inflamatório inespecífico. Nos meses que se seguiram, o paciente foi observado por diversos dermatologistas, tendo sofrido mais duas biópsias, sem qualquer elucidação diagnóstica. Mais recentemente, uma exacerbação do quadro dermatológico, após cura das lesões com cortisona, revelou a tríade sintomática, — aftose, uveíte e lesões de eritema polimorfo, — o que possibilitou o diagnóstico de síndrome de Behçet.

COMENTÁRIOS:

Prof. O. Costa — Felicita o Dr. Peryassú pela comunicação tão brilhante e rara e lembra o caso de sua observação, o primeiro registrado na América do Sul, e o caso do Prof. Ramos e Silva e do mesmo Dr. Peryassú, publicado no livro de Ouro de Pierini.

NEVUS FUSCO CAERULEUS OPHTALMO-MAXILLARIS (OTA) — PROF. OSVALDO COSTA

Esta comunicação, acompanhada dos respectivos comentários, será publicada, na íntegra, nestes "Anais".

CASO COM LESÕES LUPIFORMES (PRÓ-DIAGNOSE) — PROF. R. D. AZULAY e DR. J. D. AZULAY

Trata-se de indivíduo cearense, que adquiriu a sua doença ainda no Ceará e que apresenta lesão de aspecto lupóide, na face, outra no joelho direito, com

discreta repercussão ganglionar regional, e cuja histologia mostra uma reação tuberculóide. A enfermidade data de dois anos. Os demais exames nada elucidaram. A reação de Montenegro foi negativa, a reação de Mantoux duvidosa, até 1/10.000, o exame de urina, normal, a sorologia, negativa, e a inoculação em cobaio, já feita, ainda não permite qualquer conclusão sôbre o caso. O tratamento, instituiido com um antimonial, tendo já sido feitas 10 aplicações, não provocou qualquer alteração no quadro.

COMENTÁRIOS:

Dr. O. Serra — Acha que as hipóteses prováveis para o caso são as de sífilis, leishmaniose, lepra, tuberculose e esporotricose, sendo que os resultados dos exames, até agora realizados, não afirmam nem invalidam qualquer dessas hipóteses. Cita um caso, de sua observação, de leishmaniose lupóide, extremamente semelhante ao caso apresentado, que curou com o uso de Eparseno. Aconselha o uso de Eparseno, considerando que a leishmaniose é a hipótese mais provável.

Prof. H. Portugal — Manifesta-se de acôrdo com a opinião do Dr. Serra de se tratar de um caso de leishmaniose, acentuando a estranheza do Montenegro estar negativo. Refere um caso de sua observação, com os Drs. Rutowitsch e Pratt, de leishmaniose lupóide que cedeu com o "914".

Prof. R. D. Azulay — Agradece os comentários e diz que, muito a propósito, iniciou o tratamento com antilmonial, pois é a substância que menor dúvida deixa numa terapêutica por exclusão. Não fez o Eparseno porque êste medicamento tem ação também sôbre uma lesão luética. De maneira que prosseguirá com antimonial até vinte aplicações, e, caso não se observe qualquer resultado, fará penicilina, para afastar a sífilis. Se a penicilina falhar, fará estreptomicina, e, por último, o Eparseno, voltando à possibilidade diagnóstica de leishmaniose.

CASO DE GRANULOMA VENÉREO EM PACIENTE DE RAÇA BRANCA — PROF. R. D. AZULAY e DR. J. D. AZULAY

E' apresentado um caso de granuloma venéreo, respondendo bem à estreptomicina, em paciente de côr branca.

COMENTÁRIOS:

Dr. O. Serra — Já teve ocasião de observar um caso de granuloma venéreo de localização na glande, em paciente de côr branca, que, aliás, curou com aureomicina oral e em aplicação tópica.

Dr. L. Campos Melo — A observação em tôrno da setenta casos de granuloma venéreo mostra que a doença granuloma venéreo epidemiològicamente se comporta de maneira idêntica ao cancro venéreo simples. Portanto, é uma doença ligada ao pauperismo, ao baixo nível econômico e, por esta razão, a raça negra paga maior tributo, não obstante haja nos casos já tabulados um número não pequeno de indivíduos de côr branca.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

A esporotricose no Rio de Janeiro (1936-1953). A. Padilha Gonçalves e Demétrio Peryassú. Hospital, Rio de Janeiro, 46:1(jul.),1954.

Carcinoma da mama. Vinicius Faria e Clebe Scarinci. Hospital, Rio de Janeiro, 46:51(jul.),1954.

Tratamento da sífilis recente com uma dose de penicilina. Edgar Barbosa Ribas, Orlando Marchesini, Airton Russo, Beatriz van Erven, Odete Capriglione e Anete Pizzato. Hospital, Rio de Janeiro, 46:61(jul.),1954.

Imutabilidade das impressões digitais. João Paulo Vieira. Arq. de dermat. e sif. de S. Paulo, 15:31(jul.-dez.),1953.

Alergia na leishmaniose cutâneo-mucosa americana, causada pela sífilis. Luís de Sales Gomes. Rev. do Inst. Adolfo Lutz, 13:49,1953.

Dosagem da penicilina no sangue e pesquisa no líquor de neuroluéticos tratados com penicilina procaínica ou cristalina. Homero Pinto Valada e Hassib Ashcar. Rev. do Inst. Adolfo Lutz, 13:113,1953.

Níveis de penicilina no líquor após a administração parenteral de altas doses de penicilina G cristalina. Homero Pinto Valada e Hassib Ashcar. Rev. do Inst. Adolfo Lutz, 13:131,1953.

Cirurgia plástica e reparadora da cabeça na lepra. Roberto Farina. Rev. brasil. de leprol. 21:261(dez.),1953.

Demonstração do M. Leprae em cortes em 532 casos de lepra (estudo comparativo das técnicas de Ziehl-Klingmüller), R.D. Azulay e Lígia M. C. Andrade. Rev. brasil. de leprol. 21:280(dez.),1953.

O papel protetor do BCG na lepra murina. R.D. Azulay. Rev. brasil. de leprol. 21:285(dez.),1953.

O BCG na profilaxia da lepra (revisão bibliográfica). Nelson Souza Campos. Rev. brasil. de leprol. 21:292(dez.),1953.

Estudo comparado das lesões provocadas pela injeção intradérmica de suspensões de M. Leprae e M. Tuberculosis em cobaios normais. W. A. Hadler. Rev. brasil. de leprol. 21:315(dez.),1953.

Estudo da sensibilidade tuberculínica em cobaios normais inoculados experimentalmente com M. Leprae, M. Lepraemurium e M. Tuberculosis. W. A. Hadler e L. M. Zitti. Rev. brasil. de leprol. 21:341(dez.),1953.

Algumas observações sôbre o comportamento da Leishmania Brasiliensis em cães. O.P. Forattini, Dino Pattoli e José R. Aun. Arq. Fac. Higiene e Saúde Públ. da Univ. de São Paulo 7:137(dez.),1953.

Terapêutica hidrazídica em tuberculosos-hansenosos. Silvano de Oliveira Lima. Hospital, Rio de Janeiro 45:709(jun.),1954.

Lupus eritematoso disseminado (eritematodes disseminados, estudo crítico). Luís Batista e Norberto Belliboni. Hospital, Rio de Janeiro 45:739(jun.),1954.

Nesta lista bibliogrjáfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

de Lisboa, 118(4),1954.

Tratamiento de la lepra lepromatosa com la hidrazida del acido isonicotinico. M. Oscar Sigall. Arq. mineir. leprol., 13:187(jul.), 1953.

Delinquência entre hansenianos. José Mariano e Genaro Henrique. Arq. mineir. leprol., 13:187(jul.), 1953.

Estado atual do conhecimento da inversão da reação de Mitsuda por efeito do BCG oral. José Rosemberg, Nelson Souza Campos e Jamil N. Aun. Arq. mineir. leprol., 13:200(jul.), 1953.

Relação dos fatores que influem ou não na viragem do Mitsuda. Antônio Carlos Pereira e Josefino Aleixo. Arq. mineir. leprol., 13:289(out.), 1953.

Classificação de lepra. Ivon Rodrigues Vieira, Orestes Diniz, Olinto Orsini e Paulo Cerqueira Rodrigues Pereira. Arq. mineir. leprol., 13:294(out.), 1953.

Positivação da reação de Mitsuda pelo emprêgo do BCG oral em Pauci-Punturas em filhos sadios de hansenianos, internados em preventório. Abraão Salomão, Ernesto Ayer Filho e Delor Luis Ferreira. Arq. mineir. leprol., 13:297(out.), 1954.

Terapêutica da lepra pelas sulfonas. José Mariano, Orestes Diniz, João Garcia de Azevedo, José Stancioli e Paulo Cerqueira Rodrigues Pereira. Arq. mineir. leprol., 13:308(out.), 1953.

Produção de sulfonas no Instituto de Tecnologia Industrial de Minas Gerais. Olavo Carneiro. Arq. mineir. leprol., 13:319(out.), 1953.

A eosinofilia medular no prognóstico do resultado da esplenectomia na púrpura trombocitopênica idiopática. Eugênio Luís Maro. Rev. med. e cir. de São Paulo, 13:599(dez.), 1953.

Análises

O TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE PELA TERRAMICINA (EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIOSIS COM TERRAMICINA). Crispin Insaurralde, Rubem Ramirez Pane e Juan Boggino, Hospital, Rio de Janeiro, 44:661(nov.),1953.

Os autores trataram com terramicina 2 casos de leishmaniose com manifestações mucosas.

A via empregada foi a intramuscular, na dosagem de 100mgs. de 12/12 horas, ou seja 200mgs. por dia, durante 30 dias no 1.º caso e 20, no 2.º.

A duração da moléstia era de 15 e 26 anos, respectivamente, tendo sido resistente aos tratamentos habituais.

A terraminica, nas doses acima mencionadas, foi de grande êxito, pois os pacientes obtiveram a cessação imediata de seus males subjetivos, assim como as lesões que apresentavam passaram a regredir paulatinamente.

A. Mendes Oliveira

SÔBRE O ECZEMA DOS PEDREIROS. J. Ramos e Silva. *Hospital,* Rio de Janeiro, 45:31(jan.),1954.

Após um estudo dos trabalhos sôbre o eczema dos pedreiros, focalizando o bicromato de potássio na etiologia do mesmo, os quais sucederam às observações de Jaeger e Pelloni, o A. refere estudos realizados sôbre a questão no Serviço da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Em seguida à publicação de uma série de casos, relata em uma segunda série de pedreiros uma positividade de 93,3% para o teste do bicromato de potássio, enquanto que em 164 casos dermatológicos diversos, de provável origem alérgica, a positividade não foi além de 12,2.

E' feito um estudo espectrográfico de cinco amostras de cimento utilizado no Rio de Janeiro, tendo sido revelada, em quatro, a presença de traços de cromo, cuja origem é atribuída às matérias primas utilizadas ou ao desgaste das esferas de aço-cromo dos moinhos.

Foi investigada também a reatividade do bicromato de potássio em solução alcalina. Os testes realizados revelaram uma intensificação das reações positivas e abaixamento notável do limiar de positividade, que atingiu 0,001%.

Romeu V. Jacinto

TRATAMENTO DE GESTANTES SIFILÍTICAS COM PENICILINA. EDGARD BARBOSA RIBAS, CARLOS TAQUES F. DE SOUZA, ODETE CAPRIGLIONE E ANETE PIZZATO. *Hospital,* Rio de Janeiro, 45:113(abr.),1954.

Os autores fizeram um estudo de 124 gestantes, tratando-as com penicilina, na dose de 800.000 u. de 48/48 horas, num total de 8.000.000 de unidades, em 10 aplicações.

Essas pacientes, em sua maioria (74,2%), eram portadoras de sífilis latente tardia e, também, em grande parte, grávidas de mais de 4 meses (72,6%).

O contrôle foi feito por uma catamnose sorológica e clínica cuidadosa, da seguinte maneira:

até o 3.º mês .... cada 15 dias
do 4.º ao 6.º .... " 30 dias
do 7.º ao 12.º .... " 60 dias
no 12.º mês .... exame liquórico

Em seguida, os autores apresentam 3 quadros, em que fornecem os elementos necessários a uma análise dos resultados e das conclusões finais:

"1) — Apesar de 74,2% das gestantes por nós observadas serem de sífilis tardia, a sôro-negativação foi obtida em 47,9%.

2) — 43,7% mostraram-se com títulos sorológicos em franca diminuição, o que faz prever sua negativação para breve.

3) — A taxa de abortos, que era de 24,2% antes do tratamento, baixou para 1,7% nos casos submetidos ao tratamento.

4) — A ocorrência de prematuridade, que era de 11,3% antes do tratamento, regrediu para 0,89 após êle.

5) — O "índice" de natimortos e de mortos até o 1.º ano de idade, que era de 3,6 e de 17,3%, respectivamente, baixou para 0,89 e para 3,5% após o tratamento.

6) — Acreditamos que êsses resultados, já por si animadores, poderão ser melhorados se se tratar de gestantes em melhores condições: início de gravidez e lues recente."

A. MENDES OLIVEIRA

SÔBRE AS FORMAS CLÍNICAS DA ESPOROTRICOSE. J. RAMOS E SILVA E A. PADILHA GONÇALVES. *Hospital,* Rio de Janeiro, 45:156 (fev.), 1954.

Compulsando as observações de esporotricose acumuladas em vários anos na Clínica Dermatológica da Escola de Medicina e Cirurgia e no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, os autores retiram informações de grande interêsse sôbre as formas clínicas da esporotricose.

O estudo da lesão inicial leva-os a dar um 1.º quadro sôbre o esporotricoma inicial.

O estudo das formas clínicas da esporotricose, completamente evoluída, vai dar motivo a um 2.º quadro.

E, finalmente, como síntese e fêcho do trabalho, é apresentado o quadro geral das esporotricoses, conforme um dos autores (J.R.S.) organizou e apresentou à Sociedade Chilena de Dermatologia, em 1953.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

ENCONTRO DE LEISHMANIAS NAS VÍSCERAS E NA PELE DE UMA RAPOSA, EM ZONA ENDÊMICA DE CALAZAR, NOS ARREDORES DE SOBRAL, CEARÁ. L. M. DEANE, M. P. DEANE. *Hospital,* Rio de Janeiro, 45:419 (abr.), 1954.

Os autores capturaram a 20 quilômetros de Sobral, Ceará, uma raposa, em que encontraram, por punção no fígado, leishmânias. Sacrificada a ra-

posa, o exame dos esfregaços revelou leishmânias, extra e intracelulares, no baço, fígado, medula óssea, e numerosíssimas na pele friável do focinho.

E' assim constatada, pela primeira vez, a infecção natural da raposa pela leishmânia; e o fato de ter sido capturada em área endêmica de calazar e tendo abundância notável do protozoário na pele, sugere que se deva considerá-la um reservatório campestre do parasito.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

SENSIBILIDADE A METAIS NO ECZEMA DAS MAOS — GRAU E EXTENSAO DA SENSIBILIDADE AO CROMO E SEUS COMPOSTOS (METAL SENSITIVITY IN ECZEMA OF THE HANDS — DEGREE AND RANGE OF SENSITIVITY TO CHROMIUM AND ITS COMPOUNDS). L. EDWARD GAUL. *Ann. Allergy*, 11:758(nov.-dez.),1953.

Em face da freqüência dos metais como agentes determinantes do eczema de contato, sessenta e oito pacientes portadores de eczema das mãos foram submetidos a testes epicutâneos com diversos metais. A percentagem de positividade atingiu 11% em todo o grupo, dos quais 10% eram mulheres e 1% para os homens. Dos metais, o níquel foi positivo 4 vêzes e o cromo 2 vêzes. Talvez o hábito de usar jóias justifique esta alta incidência nas mulheres.

Foi determinado também o limiar da sensibilidade aos compostos de cromo, o qual se apresentou de 1/10.000 a 1/20.000. Portanto, as concentrações de 0,1%, ou melhor de 0,05%, devem ser utilizadas nos testes com compostos de cromo solúveis.

ROMEU V. JACINTO

O ESTADO PSEUDO-PELADICO — REFLEXÕES A PROPÓSITO DE CEM CASOS DE ALOPECIAS CICATRICIAIS EM AREAS, DE APARÊNCIA PRIMITIVA DO TIPO PSEUDO-PELADA (L'ÉTAT PSEUDO-PELADIQUE. — REFLEXIONS A PROPOS DE CENT CAS D'ALOPÉCIES CICATRICIELLES EN AIRES, D'APPARENCE PRIMITIVE DU TYPE PSEUDO-PELADE). R. DEGOS, R. RABUT, B. DUPERRAT, R. LECLERQ. *Ann. de dermat. et syph.*, 81:5 (jan.-fev.), 1954.

Os autores estudam 100 casos de pseudo-pelada de Brocq, com 49 exames histológicos, assinalando o processo lesional localizado ao redor do folículo piloso, sem que seja possível precisar se o seu ponto de partida é uma lesão do folículo ou uma da derme adjacente, atingindo depois o folículo. Ao contrário de Brocq, pensam que esta lesão folicular ou perifolicular não é primitiva e resulta de fatores etiológicos diversos.

O quadro atrofo-cicatricial, que condiciona a pseudo-pelada, pertence também a várias outras dermatoses (lupus eritematoso, líquen ceratose pilar, esclerodermia, etc.), e, assim sendo, propõem para êle a expressão "estado pseudo-peládico", que tira o caráter de autonomia à afecção e não prejulga a natureza da dermatose inicial.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

A TINTURA DE TUIA EM POMADA NO TRATAMENTO DAS VERRUGAS (LA TEINTURE DE THUIA EN POMMADE DANS LE TRAITEMENT DES VERRUES). L. PÉRIN, *Ann. de dermat. et syph.*, 1:43 (jan.-fev.), 1954.

O autor, em vez de pincelagem local, injeções diretas no interior das lesões, ou via bucal, modos de aplicação há muito conhecidos, preconisa o uso

da tintura de tuia, sob a forma de pomada, sendo os resultados nitidamente superiores aos dos métodos precedentes.

São usadas 10 a 12 gramas de tintura de tuia em 100 gramas de vaselina ou banha, sendo preferível esta última, que penetra mais em profundidade, e favorece a ação da tintura. A duração do tratamento é de 3 a 5 semanas e a tolerância à absoluta.

A ação benéfica do método se exerce em tôdas as variedades de verruga, principalmente as verrugas banais, planas, das mãos e rosto e verrugas sub-ungueais, sendo menos eficaz nas verrugas plantares.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

AÇÃO DA CORTISONA E ACTH NAS INFECÇÕES MICÓTICAS EXPERIMENTAIS (ACTION OF CORTISONE AND ACTH ON EXPERIMENTAL FUNGUS INFECTIONS). ZBIGNIEW T. MANKOWSKI, BOBBEJEAN LITTLETON. *Antibiotics & Chemotherapy*, 4:253(mar.),1954.

Os autores narram trabalhos experimentais em cobaias submetidas a infecções por C. albicans, C. neoformans, Blastomicetes dermatitidis, H. Capsulatum e simultâneamente medicados com Cortisona e Acth.

Narram que, de tais experiências, resultaram ser desfavoráveis aos animais estas medicações no curso daquelas infecções experimentais.

PAULO PAES DE CARVALHO

PSORÍASE OCULAR (OCULAR PSORIASIS). ROBERT KALDECK. *Arch. Dermat. & Syph.*, 63:44 (jul.), 1953.

Neste trabalho, são ligeiramente comentados 11 casos de psoríase ocular. Em 4 casos, a melhora das lesões de pele coincidiu com o súbito aparecimento de lesão ocular transitória.

Em 1 dos pacientes, uma ceratite apareceu e ràpidamente cedeu.

Três pacientes mostram concomitantemente lesão da pele e ocular.

Um doente começa com a lesão ocular, que é tratada com sulfa, e há logo o súbito aparecimento na pele de lesões de psoríase.

Em 2 casos de lesão apenas ocular, 1 tem, no passado, lesões cutâneas típicas de psoríase e outro conta, na família, diversos membros com psoríase (lesões da pele e ocular).

E' citado o oculista W. Stewart Duke Elder, que declara que o psoríase ocasionalmente produz sintomas oculares de considerável severidade e variáveis de caso para caso, tendo marcada tendência para aparecer e desaparecer com as lesões cutâneas.

O autor é de opinião que o psoríase ocular pode existir sòzinho, sem lesões de pele, parecendo ser duas vêzes mais freqüentes no sexo masculino que no feminino.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

BLENORRAGIA PUSTULOSA PRIMÁRIA DA PELE (PRIMARY PUSTULAR GONORRHEA OF THE SKIN). JEROME L. BYERS e DAVID F. BRADLEY. *Arch. dermat. & syph.*, 63:503(nov.),1953.

Os autores chamam a atenção para a raridade da infecção primária por N. gonorrhoeae na pele, achando, entretanto, necessário que se pense nesta possibilidade, diante de lesão pustulosa, suspeita de doença venérea, envolvendo a genitália externa. Publicam um caso original no gênero, no qual existiam duas pequenas pústulas no sulco adjacente ao freio. Os exames sorológicos para lues foram negativos. A cultura da secreção das ulcerações em meio de chocolate-agar desenvolveu diplococcos gram-negativos típicos, e com reação de oxidase positiva.

A identificação definitiva de se tratar de N. gonorrhoeae foi feita no Centro de Doenças Transmissíveis em Chambles, Georgia.

O tratamento foi realizado através de cauterização de nitrato de prata a 2% e violeta de genciana a 2%. Como medicação geral foi dada penicilina, cuja dose totalizou 2.200 unidades.

OSVALDO SERRA

LINFOCITOSE BENIGNA DE INOCULAÇAO — MOLÉSTIA DA ARRANHADURA DE GATOS — COMUNICAÇAO DE 2 CASOS COM TESTE CUTANEO POSITIVO. (BENIGN INOCULATION LYMPHORETICULOSIS — CAT-SCRATCH DISEASE — REPORT OF TWO CASES WITH POSITIVE SKIN TEST). J. JAMBOR E E. EMUSA. *Arch. dermat. & syph.*, 67:439(maio),1953.

Os A.A. relatam 2 casos de moléstia produzidas pelas unhas de gato. As manifestações clínicas de inoculação benigna da linfo-reticulose têm sua importância devido ao diagnóstico diferencial com outras dermatoses, e adenite tuberculosa ou escrofuloderma e o linfogranuloma venéreo.

Após um trauma mínimo com as unhas do gato, segue-se uma linfoadenopatia com febre moderada e mal-estar. Êstes nódulos podem persistir durante 4 meses sem supuração, tendendo à regressão por vêzes com necrose. O diagnóstico é feito com um teste cutâneo, preparado do mesmo modo que a reação de Frei.

HEITOR DE O. CUNHA

IMPREVISTOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO MELANOMA (PITFALLS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MELANOMA). S. WILLIAM BECKER. *Arch. Dermat. & Syph.*, 69:11 (jan.), 1954.

O autor recorda vários trabalhos sôbre o melanoma e acentua as dificuldades que surgem para o seu diagnóstico clínico e, muito principalmente, da variedade não pigmentada. Em menos de 50% dos casos o diagnóstico clínico falha e a biópsia é essencial, fácil e segura.

Estuda o curso da neoplasia, sua patogenia, patologia e histo-patologia. Conclui que 25% dos casos de melanoma originam-se de um nevo pigmentado e 75% de um lentigo maligno.

O tratamento é cirúrgico, incluindo a ressecção do gânglio linfático correspondente.

O prognóstico melhora sempre que o diagnóstico é feito cedo e que o tratamento é suficientemente radical.

CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

PERIFOLICULITE GRANULOMATOSA NODULAR DAS PERNAS CAUSADA PELO TRICHOPHYTHON RUBRUM (NODULAR GRANULOMATOUS PERIFOLLICULITIS OF THE LEGS CAUSED BY TRICHOPHYTON RUBRUM). J. WALTER, ORDA A. PLUNKETT, AVIS GREGERSEN. *Arch. dermat. & syph.*, 69:258(mar.),1954.

A presença, mais ou menos freqüente, na Califórnia, de infiltrações foliculares, fazendo lembrar o granuloma trichophyticum de Majocchi, leva os autores a fazer êste trabalho, com a observação de 14 doentes.

Não sendo uma doença nova, a sua natureza micótica ficou por alguns anos desconhecida. O trichophyton rubrum é encontrado nas culturas do material recolhido da superfície das placas e da porção profunda dos blocos retirados por biópsia. A histologia, usando o método de Hotchkiss — Mac Manus, mostra o cogumelo na bainha do pêlo e no meio da área granulomatosa crônica, no córion.

A localização e distribuição da doença, a tendência à unilateralidade e a presença do elemento causal são as diferenças que separam êste processo do granuloma de Majocchi, com que se parece muito.

O tratamento local pelos raios X, medianamente filtrados, e com aplicações tópicas de fungicidas, sob a forma de tintura e unguento, é eficiente, se bem a recurrência seja comum devido à permanência de focos não curados nas unhas, nas plantas dos pés, etc., além de fatores desconhecidos na patogenia e na epidemiologia do T. rubrum, que tornam algumas pessoas anormalmente susceptíveis.

Cecy Mascarenhas de Medeiros

GRANULOMA ANULAR. CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DE DOIS CASOS. A. Ancona Lopez e A. Melo Filho. *Arq. med. Munic. de São Paulo*, 6:213(dez.),1953.

Os A.A. apresentaram dois casos de granuloma anular, com estrutura histológica de reação granulomatosa de etiologia indeterminada.

Fizeram uma extensa revisão bibliográfica do assunto, tendo encontrado sòmente doze casos na bibliografia brasileira; passando em revista o histórico, sinonímia, diagnóstico clínico e histológico, inclusive o dignóstico diferencial, focalizaram detalhadamente as afecções que mais se prestam à confusão dignóstica ou histológoca com o granuloma anular (erithema elevatum diutinum, necrobiose lipóidica diabeticorum, nódulos reaumatismais, etc.).

Fizeram também um estudo cuidadoso das principais teorias etiológicas do granuloma anular, principalmente a teoria tuberculosa e a polietiológica, tendo inclusive sido feitas, nos casos apresentados, tôdas as provas para a possível etiolologia tuberculosa, as quais se revelaram negativas.

Foi feita também uma revisão sôbre as várias terapêuticas usadas pelos diferentes autores, nenhuma das quais se pode considerar específica ou de ação constante.

Nos casos apresentados a biópsia, como aliás vem relatado em inúmeros trabalhos, teve nítida ação curativa.

Chegaram finalmente à conclusão de que o diagnóstico do granuloma anular sòmente se deve fundar em dados clínicos, que são os únicos verdadeiramente característicos, pois a histologia, embora exista descrito um quadro histológico típico, muitas vêzes é atípica, sendo encontradas na literatura referências aos quadros mais variados, inclusive o de reação granulomatosa, conforme foi encontrado nos casos apresentados.

Resumo dos autores

ERITROMICINA NO TRATAMENTO DO MOLLUSCUM CONTAGIOSUM. (ERITROMICINA EN EL TRATAMIENTO DEL MOLLUSCUM CONTAGIOSUM). Darío Argüelles-Casals. *Bol. soc. cubana dermat. y sif.*, 4:191 (dez.), 1953.

O autor faz menção aos vários tratamentos do molusco: sulfapiridina, sulfadiazina, aureomicina, terramicina, podofilina. O tratamento clássico, por extirpação pela cureta, ou eletrocoagulação tem o inconveniente de deixar, às vêzes, cicatriz, e quando o número de lesões é grande, é de difícil aplicação na prática.

Por fim, o autor relata os resultados favoráveis que obteve com o emprêgo da eritromicina, 100 miligramas de 6 em 6 horas, durante 3 dias, aconselhando-o, sobretudo, às crianças, com grande número de lesões.

Cecy Mascarenhas de Medeiros

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, NO 2.º TRIMESTRE DE 1954:

DISPENSÁRIOS

	Abril	*Maio*	*Junho*
Casos diagnosticados	667	990	899
Sífilis	194	226	190
Sífilis primária	44	50	33
Sífilis secundária	7	10	6
Outras formas	143	166	39
Gonorréia	360	460	408
Cancro venéreo	173	234	225
Linfogranuloma	2	68	75
Granuloma venéreo	0	2	1
Total de comparecimentos de doentes	5.519	5.905	5.518
Exames de 1.ª vez	1.519	1.753	1.754
Exames de laboratório realizados nos Dispensários	518	751	653
Injeções aplicadas	3.611	2.983	1.953

HOSPITAL EDUARDO RABELO (C.T.R.)

	Abril	*Maio*	*Junho*
Pacientes hospitalizados	43	42	47
Altas	38	40	44
Exames de laboratório realizados no Hospital	94	97	121
Injeções aplicadas	1.091	956	820

LABORATÓRIO CENTRAL DE SOROLOGIA

	Abril	*Maio*	*Junho*
Reações sorológicas	3.627	4.915	3.585

SEÇÃO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

	Abril	*Maio*	*Junho*
Contactos registrados	94	11	104
Visitas feitas a contactos	14	8	8
Visitas para recuperação de faltosos	2	3	16

CONGRESSO MÉDICO DE JUIZ DE FORA

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora comemorou o primeiro centenário da Santa Casa de Misericórdia daquela cidade, realizando,

de 18 a 22 de agôsto último, o seu I Congresso Médico, homenageando-se, dessa forma, um hospital que há 100 anos vem prestando inestimáveis serviços.

Entre os temas oficiais do Congresso constava um Simpósio sôbre "Tratamento da sífilis", cuja matéria fôra sintetizada de comum acôrdo pelos Profs. F.E. Rabelo e A.C. Pereira, tendo os trabalhos decorrido com brilho e grande interêsse.

Todo o Congresso teve a assistência de numerosos colegas, procedentes de Minas, Rio e São Paulo.

Devem ser assinaladas, mais uma vez, as gentilezas sempre dispensadas aos colegas visitantes pelos de Juiz de Fora, salientando-se o atual Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia local, Prof. A.C. Pereira, que cercou os colegas da especialidade de expecionais atenções.

C.M.M.

NOTICIAS DIVERSAS

Em dias de julho último, os Professôres Luis E. Pierini e Julio M. Borda, e o Doutor David Gimsban, da Universidade de Buenos Aires, estiveram no Rio de Janeiro, quando visitaram os Serviços dermatológicos dos Professôres F. E. Rabelo, e J. Ramos e Silva.

Os ilustres visitantes estiveram, ainda, no Instituto Osvaldo Cruz, partindo, em seguida, para S. Paulo, onde visitaram o Serviço do Prof. J. de Aguiar Pupo, no Hospital de Clínicas da Universidade de S. Paulo.

É-nos grato registrar que, nos têrmos da legislação vigente sôbre ensino superior no país, e por proposta da Congregação da Faculdade Fluminense de Medicina, o nosso colaborador Dr. Rubem David Azulay, sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, foi, em dia dêste mês, transferido do cargo de Professor Catedrático da especialidade, que há pouco conquistou mediante brilhante concurso na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, para igual cargo da mencionada Faculdade Fluminense de Medicina, na vaga decorrente da aposentadoria do Prof. Paulo Parreiras Horta, também sócio efetivo da S.B.D.S.

Registramos, com prazer, a designação, para as honrosas funções de Consultor Técnico do atual Ministro da Saúde, do Dr. Felipe Nery Guimarães, sócio efetivo da S.B.D.S. e assíduo colaborador de nossa revista.

E'-nos grato registrar que, recentemente, o Dr. Clovis Bopp, sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e colaborador desta Revista, conquistou, brilhantemente, a livre-docência da especialidade na Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, após concurso no qual apresentou tese intitulada "Poroceratose de Mibelli".

RECEBEMOS E AGRADECEMOS

Tratamento da sífilis recente pela PAM. Meneres Sampaio, Arnaldo Sampaio e Noêmia Ferreira. Separata do Jornal da Soc. das Ciências Médicas

Memoria del VI Congresso Internacional de Leprologia. Madrid, outubro de 1953.

THE IDEAL BISMUTH COMPOUND FOR INJECTION

1. *Constant metallic content and stability of salt.*
2. *Exact dosage (difficult in suspensions).*
3. *Post-injection depot absorption in three to seven days and a known longer interval if accumulation is desired.*
4. *Constant excretion level permitting blood stream circulation.*
5. *No local pain.*
6. *No abscesses.*
7. *Tissue-soluble (no granular depots, insoluble soaps, calcification).*
8. *Self-esterilizing.*
9. *Freedom from complications such as extensive mouth deposits or attacks on special structures such as vascular system and bone marrow.*
10. *Good clinical results.*

(*STOKES — Modern Clinical Syphilology, 1944*).

BISMUTHION

Bismuto metálico óleossuspenso, dosado a 10 e 20 cg por empôla

RESPONDE AOS PRINCIPAIS REQUISITOS EXIGIDOS POR STOKES DE UMA PREPARAÇÃO BISMÚTICA IDEAL, APRESENTANDO:

★ **Teor metálico constante**
★ **Dosagem exata**
★ **Absorção regular**
★ **Ausência de dôr, abcessos ou nódulos**
★ **Tolerância perfeita**
★ **Bons resultados clínicos**

BIVATOL

(Carboxetil - metil nonoato básico de bismuto)

7 cg. de Bi metálico
por ampola

SAL LIPOSSOLÚVEL DE BISMUTO

Os sais lipossolúveis resolveram o problema da bismutoterapia da Sifilis, tornando o metal mais eficaz, mais regularmente assimilável e melhor tolerado.

Caixas com 6 e 100 ampolas de 1,1 cm³

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO Biv-8

FILIAL DO RIO DE JANEIRO — PROPAGANDA — A

RUA 1.º DE MARÇO N.º 6 — 1.º ANDAR

VACIDERMON

UM PRODUTO CONSAGRADO

EM SUA NOVA FORMULA

LABORATORIOS TOSTES S.A.

CAIXA POSTAL 553 - RIO

antialérgico
químio-biológico

HIPOSULFOL

EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS EXPLÊNICOS
EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS HEPÁTICOS
HIPOSSULFITO DE MAGNÉSIO

INTRAMUSCULAR

1 EMP. DIARIA
(CX. DE 6 EMP., DE 5 CC)

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS HORMUS LTDA.
PRAÇA DA BANDEIRA, 209 — DEP. DE PROPAGANDA 28-3114
RIO

DERMOFLORA

Sabonete antissético, preparado exclusivamente com plantas medicinais. Indicado nas irritações da pele, comichões, frieiras, eczemas, etc.

Produto da FLORA MEDICINAL.

Fórmula do Dr. MONTEIRO DA SILVA.

Licenciado pelo Departamento Nacional de Saúde.

———o———

J. MONTEIRO DA SILVA & CIA.

Rua 7 de Setembro, 195 Rio de Janeiro

ARSENOTERAPIA

INTRAMUSCULAR

ACETYLARSAN

Óxi-acetilamino-fenilarsinato de dietilamina

SOLUÇÃO NEUTRA E ESTÉRIL
ALTO TEOR EM ARSÊNICO
AÇÃO ANALÉPTICA

SÍFILIS ADQUIRIDA OU CONGÊNITA
NEUROSSÍFILIS
ESPIROQUETOSES
AMEBÍASE
DERMATOSES DIVERSAS

ACETYLARSAN PARA ADULTOS

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 3 cm^3 de solução a 23,6%

ACETYLARSAN INFANTIL

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 2 cm^3 de solução a 9,4%

A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA

RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

R - 101 - 452

OS ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00 na época, e de Cr$ 70,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês se o periódico fôr semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

É vedada a reprodução, sem o devido consentimento dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, da matéria nos mesmos publicada.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil de dermat. e sif.*

Vol. 29 (1954) — N.° 3 (Setembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

Nas dermatomicoses

FUNGOSAN

PÓ ou POMADA

Produto dos LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA

Reconduz a acidez da pele ao pH normal, combatendo fisiològicamente o agente micótico.

Não é apresentado em forma liquida devido que é de ação muito fugaz nessa apresentação.

Não irrita e nem alergiza a pele.

Não mancha.

Constituído pelos três ácidos graxos que a investigação clínica demonstrou serem os mais eficazes (undecilênico, caprílico e propiônico).

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.
Praça Olavo Bilac, 105 - São Paulo

JORNAL DO COMMERCIO — Rodrigues & C. — Av. Rio Branco, 117 — Rio de Janeiro — 1954